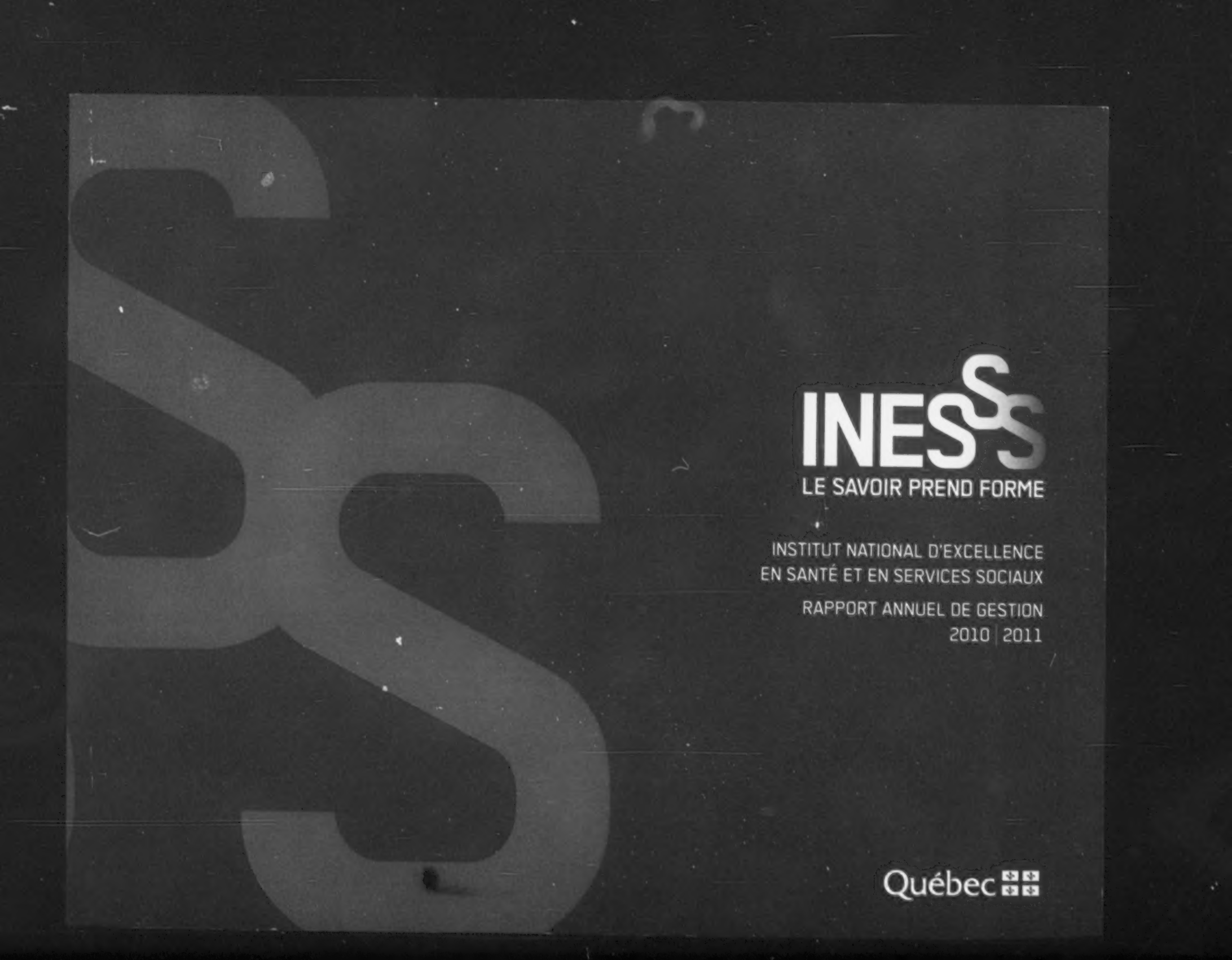

INESSS
LE SAVOIR PREND FORME
INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE
EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX
RAPPORT ANNUEL DE GESTION
2010 | 2011
Québec

Le contenu de cette publication a été rédigé par le l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
Siège social
Édifice Iberville I, bureau 60
1195, avenue Lavigerie
Québec (Québec) G1V 4N3

2021, avenue Union, bureau 10.083
Montréal (Québec) H3A 2S9

Téléphone : 418 643-1339
Télécopieur : 418 644-8120
Courriel : inesss@inesss.qc.ca

On peut obtenir ce document en version électronique à partir du site Web de l'INESSS :
inesss.qc.ca

Coordination | Lucie Robitaille
Marie-Josée Pelletier
Maggie Charest-Poulin

Rédaction | Maggie Charest-Poulin
Richard Lavoie
André Jean

Graphisme | Kim Tardif

Afin de faciliter la lecture de ce texte, le masculin est utilisé pour désigner à la fois les genres masculin et féminin.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011
Bibliothèque et Archives Canada, 2011
ISBN 978-2-550-61613-9 (version imprimée)
ISBN 978-2-550-61612-2 (format PDF)

Toute reproduction totale ou partielle du présent document est autorisée à la condition que la source soit citée.

© Gouvernement du Québec (2011)

INESSS

LE SAVOIR PREND FORME

INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE
EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX

RAPPORT ANNUEL DE GESTION
2010 | 2011

Monsieur Jacques Chagnon
Président de l'Assemblée nationale
Hôtel du Parlement
Québec

Monsieur le Président,

Nous avons l'honneur de vous transmettre, en conformité avec les dispositions de la Loi sur l'administration publique, le rapport annuel de gestion de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) pour l'année 2010-2011. Il s'agit du premier rapport annuel de cet organisme.

Ce rapport rend compte, pour une dernière fois, des activités de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) et du Conseil du médicament. Il présente aussi une première ouverture formelle sur la promotion de l'excellence clinique et l'utilisation optimale des ressources dans le réseau de la santé et des services sociaux, conformément au mandat que la Loi confie à l'INESSS.

Nous sommes persuadés que la mise en place de l'INESSS produira un effet tangible sur la transformation des pratiques au sein du réseau de la santé et des services sociaux pour le bénéfice de la population du Québec.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux,

Yves Bolduc

La ministre déléguée aux Services sociaux,

Dominique Vien

MOT DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le 8 décembre 2010, le gouvernement du Québec adoptait le décret concernant la nomination du président et de neuf membres du conseil d'administration de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Cet acte est l'aboutissement d'une démarche amorcée dès la publication du rapport du groupe de travail sur le financement du système de santé (connu aussi sous le nom de Comité Castonguay) qui recommandait, en février 2008, la mise en place de l'INESSS.

Le mandat que le législateur a donné à notre organisme représente un défi de taille. Mais l'excellence clinique et l'utilisation efficace des ressources sont des impératifs incontournables pour la pérennité du système de santé et de services sociaux dont le Québec s'est doté.

Dès son énoncé, le projet de l'INESSS est devenu le dépositaire d'attentes élevées, auxquelles l'Institut se doit de répondre dans les meilleurs délais. Je tiens d'ailleurs à remercier vivement les membres du conseil d'administration qui se sont mobilisés avec disponibilité et engagement, tenant plus de quatre séances entre leur nomination en décembre 2010 et le 31 mars 2011. Cela aura permis au conseil de se doter de règles de fonctionnement afin d'encadrer son action et celle de ses trois comités, qui seront actifs dès le début de l'année 2011-2012.

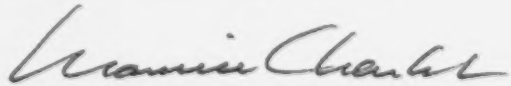
De plus, ces premiers mois auront été marqués par l'adoption des éléments structurants d'un cadre de fonctionnement initial présenté par le président-directeur général, dont un plan d'organisation, une carte stratégique provisoire déterminant les orientations prioritaires pour les premiers mois d'existence de l'Institut, ainsi qu'un plan de travail nous menant au 31 mars 2012.

Je tiens à signifier toute notre appréciation aux membres des conseils d'administration des organisations desquelles l'Institut provient et dont le mandat s'est terminé au moment de notre nomination. C'est avec ouverture qu'ils se sont impliqués dans l'ensemble des étapes menant à la création de l'INESSS. Reconnues par les différents acteurs du réseau de la santé et des services sociaux pour l'excellence de leurs actions, ces organisations nous aurons présenté un legs qu'il nous incombe maintenant de faire fructifier.

J'exprime également ma gratitude au président-directeur général et à son équipe de direction, en leur assurant un appui indéfectible du conseil dans la conduite des affaires de l'Institut. Finalement, je ne saurais passer sous silence le travail de l'ensemble du personnel de l'INESSS. Les membres du conseil d'administration ont été vivement impressionnés par la compétence et par l'engagement du personnel envers l'organisation.

Les valeurs de transparence, de rigueur, d'efficience, d'ouverture et de probité vont inspirer le conseil d'administration et ses comités, la direction et le personnel dans la poursuite de la mission de notre organisme.

Le président du conseil d'administration,



Maurice Charlebois

MESSAGE DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

C'est un privilège pour moi de soumettre ce premier rapport annuel de gestion de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). La création de l'INESSS est l'aboutissement d'une réflexion qui a mobilisé de nombreux acteurs de notre système de santé et de services sociaux. La mission de l'Institut se veut une réponse à une préoccupation majeure de l'ensemble de ces acteurs : l'excellence clinique et l'utilisation efficace des ressources dans le secteur de la santé et des services sociaux.

S'adressant d'emblée à la qualité des pratiques cliniques, la mission de l'INESSS ne pourra se réaliser que grâce à un travail étroit avec les cliniciens et les gestionnaires qui sont au cœur de la prestation des soins et des services et qui apporteront une expertise scientifique ainsi que des manières de faire à la fine pointe des meilleures pratiques en la matière. De plus, comme l'Institut doit relever le défi de l'intégration pleine et entière de la perspective du secteur des services sociaux, il se doit d'établir des liens solides et efficaces avec l'ensemble des acteurs de ce secteur. C'est donc sous le signe de l'ouverture que les premiers mois d'activité de l'INESSS se sont déroulés. Nous avons ainsi entrepris les travaux préparatoires à une vaste consultation des acteurs du milieu de la santé et des services sociaux, consultation qui nous permettra, au cours de la prochaine année financière, d'élaborer nos orientations stratégiques et de déterminer notre plan triennal d'activités. L'Institut s'assurera de cette façon que ses travaux sont directement en lien avec les besoins prioritaires du réseau de la santé et des services sociaux. La mise en place prochaine de la table de concertation nous appuiera en ce sens.

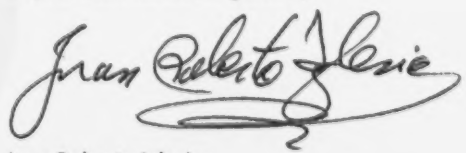
L'INESSS a l'immense avantage de se construire sur la base de deux solides organisations qui l'ont précédé. L'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) et le Conseil du médicament, dans la poursuite de leurs missions respectives, avaient mis en place des compétences de haut niveau, des façons de faire rigoureuses et efficaces et une production scientifique dont la pertinence et la qualité sont largement reconnues. La première préoccupation de l'INESSS a été de maintenir la production scientifique de qualité héritée du Conseil et de l'AETMIS, tout en lui insufflant les orientations dictées par le mandat de l'Institut. Les besoins en matière d'aide à la décision dans le secteur de la santé et des services sociaux restent en effet criants, et il était important que les travaux entrepris par l'AETMIS et le Conseil pour y répondre se poursuivent au sein de l'INESSS.

Par ailleurs, que ce soit pour la détermination des besoins des cliniciens et des gestionnaires sur le terrain, pour la mise en œuvre de ses recommandations et guides de pratique ou encore pour mobiliser les connaissances et l'expertise nécessaires à la réalisation de ses travaux, l'INESSS se devra de compter sur un solide réseau de partenaires. Une autre priorité fut donc d'entreprendre l'établissement de ce réseau de partenaires, à partir des liens que le Conseil et l'AETMIS avaient tissés afin de leur assurer une emprise sur les réalités du réseau de la santé et des services sociaux. Bien entendu, ces réseaux seront étendus à de nouveaux partenaires appelés à se mobiliser selon des modalités et des finalités nouvelles qui sont celles de l'INESSS.

Enfin, la création de l'INESSS nécessite la mise en place de structures et de façons de faire inédites, adaptées à la poursuite de sa mission. Il s'agit là du troisième chantier prioritaire entrepris au cours des premiers mois d'existence de l'Institut. Accueillir le personnel des deux organismes précédents au sein d'une culture organisationnelle nouvelle et distincte, déployer les ressources et les processus nécessaires à la planification et à la réalisation des travaux, développer les approches et les méthodes requises pour embrasser l'ensemble du champ d'action dévolu à l'INESSS, autant de défis auxquels l'équipe de l'Institut et son conseil d'administration se sont attaqués au cours des derniers mois.

Le présent rapport annuel de gestion fait état des efforts investis dans la concrétisation du projet de l'INESSS. Il présente également le bilan des activités de l'AETMIS et du Conseil du médicament jusqu'à leur abolition le 19 janvier 2011. Le travail de cette dernière année, exceptionnelle il faut en convenir, a été rendu possible grâce à l'enthousiasme et à la générosité du conseil d'administration et du personnel. Je tiens à les en remercier chaleureusement. Cette mobilisation est des plus prometteuses pour assurer le succès de ce projet stimulant qu'est la poursuite de l'excellence des services sociaux et de santé offerts à la population du Québec.

Le président-directeur général,



Juan Roberto Iglesias

DÉCLARATION DE FIABILITÉ

L'information présentée dans ce rapport relève de la responsabilité de l'INESSS. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Les résultats et les renseignements des sections tenant lieu de rapport annuel de gestion 2010-2011 du Conseil du médicament et de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, de même que les résultats et états financiers de l'INESSS du 19 janvier au 31 mars 2011 :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les orientations des organismes ;
- présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats obtenus pour les deux organisations fondatrices, pour la période couvrant le 1er avril 2010 jusqu'à leur dissolution le 18 janvier 2011 ;
- présentent des données exactes et fiables.

À notre connaissance, cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 18 janvier 2011 pour les activités du Conseil du médicament et de l'AETMIS et au 31 mars pour l'INESSS.

Juan Roberto Iglesias, M.D., M. Sc.
Président-directeur général

Véronique Déry, M.D., M. Sc.
Vice-présidente, Affaires scientifiques et professionnelles

Lucie Robitaille, B. Pharm., M. Sc., DAP, ASC
Secrétaire générale et directrice générale associée au développement organisationnel et aux médicaments

Reiner Banken, M.D., M. Sc.
Directeur général associé aux relations extérieures, partenariats et réseaux

PRÉSENTATION DU DOCUMENT

Ce document se veut le premier rapport annuel de gestion de l'INESSS. La première section porte sur le rapport d'activité de l'INESSS depuis sa mise en place. Les sections suivantes constituent les dernières redditions de comptes du Conseil du médicament et de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. En annexe, un document traite des activités relatives à la fonction d'évaluation des médicaments aux fins de leur inscription. Finalement, quelques annexes techniques viennent compléter le document.

TABLE DES MATIÈRES

Mot du président du conseil d'administration 5
Message du président-directeur général 7
Déclaration de fiabilité 9
Présentation du document 9

L'INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX 13
L'historique 15
La mission et les valeurs 16
Les fonctions 16
Le conseil d'administration 17
L'organisation administrative 19
Le rapport d'activité de l'INESSS du 19 janvier au 31 mars 2011 21
Les activités relatives à la gouvernance de l'INESSS 21
Les activités scientifiques 24
L'utilisation des ressources 24
Les ressources humaines 24
Les ressources financières 25
Les ressources matérielles et informationnelles 25
Les engagements et les responsabilités 25
L'accès à l'information et la protection des renseignements personnels 25
Les perspectives 2011-2012 26
Le développement de la structure et de nouvelles façons de faire 26
La mise en place du réseau des partenaires et des collaborateurs 26
Le maintien d'une production de qualité orientée sur la mission de l'INESSS 27
Le plan de travail de transition de l'INESSS 28

ÉTATS FINANCIERS 29
Rapport de la direction 31
Rapport de l'auditeur indépendant 32
États financiers 33

LE CONSEIL DU MÉDICAMENT 41
La mission 43
Les fonctions 43
La composition 44
La reddition de comptes 45
Le sommaire des résultats 45
La présentation détaillée des résultats 46
La mise en œuvre de la Politique du médicament 55
L'utilisation des ressources 56
Les ressources humaines 56
Les ressources financières 57
Les frais de déplacement, de formation et de publicité 57
Les ressources matérielles et informationnelles 57
L'apport indispensable d'un large éventail d'experts 58
Les comités permanents 58
Les comités ad hoc 58
Les engagements et les responsabilités 59
L'éthique et la déontologie 59
L'accès à l'égalité en emploi et la Politique gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes 59
L'accès à l'information et la protection des renseignements personnels 60
L'accès aux documents et aux services offerts au public pour les personnes handicapées 60
L'emploi et la qualité de la langue française dans l'Administration 60
Le développement durable 60

L'AGENCE D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES D'INTERVENTION EN SANTÉ 63
La mission 65
Les champs de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux 65
La composition 66
La reddition de comptes 67
Le sommaire des résultats 68

L'utilisation des ressources 71
Les ressources humaines 71
Les ressources financières 71
Les frais de déplacement, de formation et de publicité 71
Les ressources matérielles et informationnelles 72
Les engagements et les responsabilités 72
L'accès à l'égalité en emploi et la Politique gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes 72
L'accès à l'information et la protection des renseignements personnels 72
L'emploi et la qualité de la langue française dans l'Administration 72
Le développement durable 72
Annexe 1 : Code d'éthique et de déontologie des membres du Conseil du médicament 75
Annexe 2 : Code d'éthique et de déontologie des membres de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé 79
Annexe 3 : Activités scientifiques de l'AETMIS en 2010-2011 81
Rapports, notes informatives, notes techniques et avis d'évaluation publiés 81
Avis non publiés 81
Articles et autres publications 82
Annexe 4 : Activités d'évaluation des médicaments aux fins d'inscription et activités de suivi et d'usage optimal des médicaments en 2010-2011 83
Les activités relatives à l'évaluation des médicaments aux fins d'inscription 83
Les activités relatives au suivi et à l'usage optimal 87
Annexe 5 : Règles de régie interne de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux 90

L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

Rapport d'activité
du 19 janvier au 31 mars 2011

L'HISTORIQUE

L'origine du projet de l'INESSS remonte aux travaux du groupe de travail sur le financement du système de santé (connu aussi sous le nom de Comité Castonguay, du nom de son président, M. Claude Castonguay). C'est en effet en février 2008 que le groupe de travail recommandait dans son rapport la création d'un Institut national d'excellence en santé. Préoccupé à la fois de l'efficience et de la qualité des soins et des services de santé, le groupe de travail s'était largement inspiré de l'expérience du National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) britannique, fondé en 1999 pour appuyer la recherche de l'excellence clinique au sein du National Health Service (NHS).

Dans la foulée de la publication de ce rapport, le ministre de la Santé et des Services sociaux annonçait, en mars 2008, l'ouverture d'un « chantier » devant mener à la création de l'Institut. M. Claude Castonguay était nommé président du comité d'implantation du futur organisme. Au cours des travaux de ce comité, le champ d'action dévolu au futur Institut s'est étendu aux services sociaux. C'est sur la base du travail de ce comité, qui a déposé son rapport en février 2009, que le ministère a nommé M. Léonard Aucoin comme chargé de projet afin de concrétiser le projet de l'INESSS. Ce fut fait par le dépôt d'un projet de loi en novembre 2009. Lors des travaux de la commission parlementaire chargée de son étude, le projet a reçu un large appui du milieu de la santé et des services sociaux. Le projet de loi n° 67, créant l'INESSS, fut finalement adopté à l'unanimité par l'Assemblée nationale, puis sanctionné en juin 2010.

Dates charnières

Mars 2008

Le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Philippe Couillard, annonce la mise en place d'un groupe de travail pour l'implantation d'un Institut national d'excellence en santé.

Les membres du comité d'implantation présidé par M. Claude Castonguay sont nommés.

19 février 2009

Le rapport du comité d'implantation de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux est rendu public.

12 novembre 2009

Le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Yves Bolduc, dépose le projet de loi n° 67 - Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.

12 au 14 janvier 2010

Les consultations particulières sur le projet de loi n° 67 se déroulent devant la Commission de la santé et des services sociaux.

10 février 2010

La Commission de la santé et des services sociaux commence l'étude détaillée du projet de loi n° 67.

4 juin 2010

La Commission de la santé et des services sociaux termine l'examen en deuxième lecture, article par article, du projet de loi n° 67.

10 juin 2010

L'Assemblée nationale du Québec vote l'adoption de la Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.

8 décembre 2010

Le Conseil des ministres entérine les propositions de candidatures et nomme les membres du premier conseil d'administration de l'INESSS.

19 janvier 2011

Le décret 6-2011, stipulant que l'INESSS succède au Conseil du médicament et à l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, entre en vigueur.

LA MISSION ET LES VALEURS

L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a pour mission de promouvoir l'excellence clinique et l'utilisation efficace des ressources dans le secteur de la santé et des services sociaux.

L'Institut évalue notamment les avantages cliniques et les coûts des technologies, des médicaments et des interventions en santé et en services sociaux personnels. Il émet des recommandations quant à leur adoption, leur utilisation ou leur couverture par le régime public, et élabore des guides de pratique clinique afin d'en assurer l'usage optimal.

Afin de réaliser sa mission, l'INESSS marie les perspectives des professionnels et des gestionnaires du réseau, ainsi que celles des patients, des bénéficiaires, de ses partenaires et des citoyens. Il rassemble les savoirs et les savoir-faire de multiples sources afin de leur donner une forme utile aux fins de la poursuite de l'excellence clinique et de l'utilisation efficace des ressources. Enfin, il contribue à mobiliser les acteurs concernés pour l'amélioration des soins et des services à la population.

Il doit exercer cette mission dans le respect des valeurs d'excellence, d'indépendance, d'ouverture, de rigueur scientifique, de transparence, de probité et d'équité envers ceux qui utilisent les services de santé et les services sociaux et en tenant compte de ses ressources.

LES FONCTIONS

Plus particulièrement, les fonctions de l'Institut consistent à :

- évaluer les avantages cliniques et les coûts des technologies, des médicaments et des interventions en santé et en services sociaux personnels ;
- élaborer des recommandations et des guides de pratique clinique visant l'usage optimal de ces technologies, médicaments et interventions en santé et en services sociaux personnels ;
- déterminer, dans ses recommandations et guides, les critères à utiliser pour évaluer la performance des services et, le cas échéant, les modalités de mise en œuvre et de suivi de ceux-ci conformément aux meilleures pratiques de gouvernance clinique ;
- maintenir à jour ses recommandations et guides, les diffuser aux intervenants du système de santé et de services sociaux et les rendre publics, accompagnés de leurs justifications et des informations utilisées pour leur élaboration ;
- favoriser la mise en application de ses recommandations et guides par divers moyens de sensibilisation, d'information et de transfert de connaissances ;
- promouvoir et soutenir le développement de l'évaluation scientifique à l'égard des technologies, des médicaments et des interventions en santé et en services sociaux personnels ;
- faire les consultations qu'il estime appropriées préalablement à l'élaboration de ses recommandations et guides afin que soient prises en compte les opinions des groupes intéressés et de la population ;
- faire des recommandations au ministre dans le cadre de la mise à jour de la liste des médicaments visée à l'article 60 de la Loi sur l'assurance médicaments et de la *Liste de médicaments – Établissements* ;
- définir les méthodes utilisées pour élaborer chacune des catégories de recommandations et guides visées aux paragraphes 2°, 8° et 9° et les rendre publiques ;
- exécuter tout autre mandat que lui confie le ministre.

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

L'Institut est administré par un conseil d'administration composé de 11 membres, nommés par le gouvernement.

De façon générale, le conseil d'administration établit les orientations stratégiques de l'INESSS et veille à leur mise en œuvre ainsi qu'à la surveillance générale des activités de l'organisation. Il est imputable de ses décisions et son président est chargé d'en répondre auprès du ministre de la Santé et des Services sociaux.

Les membres du conseil d'administration

Maurice Charlebois, président

Administrateur chevronné, M. Charlebois a été, jusqu'en 2010, vice-président exécutif – Ressources humaines et services partagés à Hydro-Québec, après en avoir été le vice-président – Ressources humaines. Il a eu une longue carrière au sein des secteurs public et parapublic du Québec, notamment comme Secrétaire associé aux relations de travail au Secrétariat du Conseil du Trésor, président-directeur général de la Corporation d'Urgences-santé de la région de Montréal métropolitain, sous-ministre adjoint à la Direction générale des relations professionnelles du ministère de la Santé et des Services sociaux et directeur général de la Fédération des CLSC.

Juan Roberto Iglesias, président-directeur général

Ancien président-directeur général de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS), le Dr Iglesias a auparavant occupé de nombreux postes dans le secteur de la santé et des services sociaux, dont ceux de sous-ministre à la Santé et aux Services sociaux, de président du Conseil médical du Québec et de vice-doyen aux sciences cliniques à la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke.

Gertrude Bourdon

Infirmière de formation et détentrice d'une maîtrise en administration publique, Mme Bourdon est directrice générale du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ).

James Brophy

Médecin cardiologue et détenteur d'une maîtrise en ingénierie ainsi que d'un doctorat en épidémiologie et biostatistiques, le Dr Brophy est professeur agrégé à la Faculté de médecine et directeur de l'Unité d'évaluation des technologies du Centre universitaire de santé McGill (CUSM). Il est également chercheur-boursier sénior et conseiller scientifique au Fonds de recherche en santé du Québec et titulaire de la Chaire de recherche FRSQ-MSSS-CHU en évaluation des technologies et des pratiques de pointe au CUSM.

Sylvie Dupras

Membre de l'Ordre des comptables généraux accrédités du Québec (CGA), Mme Dupras détient un diplôme de 2e cycle en administration de la santé. Elle est directrice générale du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Mauricie et du Centre-du-Québec – Institut universitaire.

Pierre Jacob Durand

Médecin spécialiste en gériatrie et en santé communautaire, le Dr Durand est professeur à l'Université Laval et chercheur au Centre d'excellence sur le vieillissement du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (CHAUQ). Il fut doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval de 2002 à 2010 et président du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de cette université de 2003 à 2010.

Carl Lacharité

Docteur en psychologie, M. Lacharité est professeur et chercheur à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Il est spécialisé dans le secteur jeunesse et famille.

Patricia Lefebvre

Détentrice d'une maîtrise en pharmacie, Mme Lefebvre est directrice de la qualité, des risques et de la performance au Centre universitaire de santé McGill (CUSM), après en avoir été la pharmacienne-chef de 2000 à 2010. Membre du conseil provisoire de l'INESSS, elle fut également membre du Groupe Vigilance sur la sécurité des soins et du conseil d'administration de l'Institut canadien sur la sécurité des patients, et ce, de 2006 à 2008.

Louise Nadeau

Docteure en psychologie, Mme Nadeau est professeure et chercheure à l'Université de Montréal et directrice scientifique au Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire (dépendances). Elle fut membre du conseil provisoire de l'INESSS et membre du comité d'orientation de l'AETMIS.

Angèle St-Jacques

Détentrice d'une maîtrise en sciences infirmières avec spécialisation en santé communautaire, Mme St-Jacques est directrice des regroupements clientèle au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). Directrice des soins

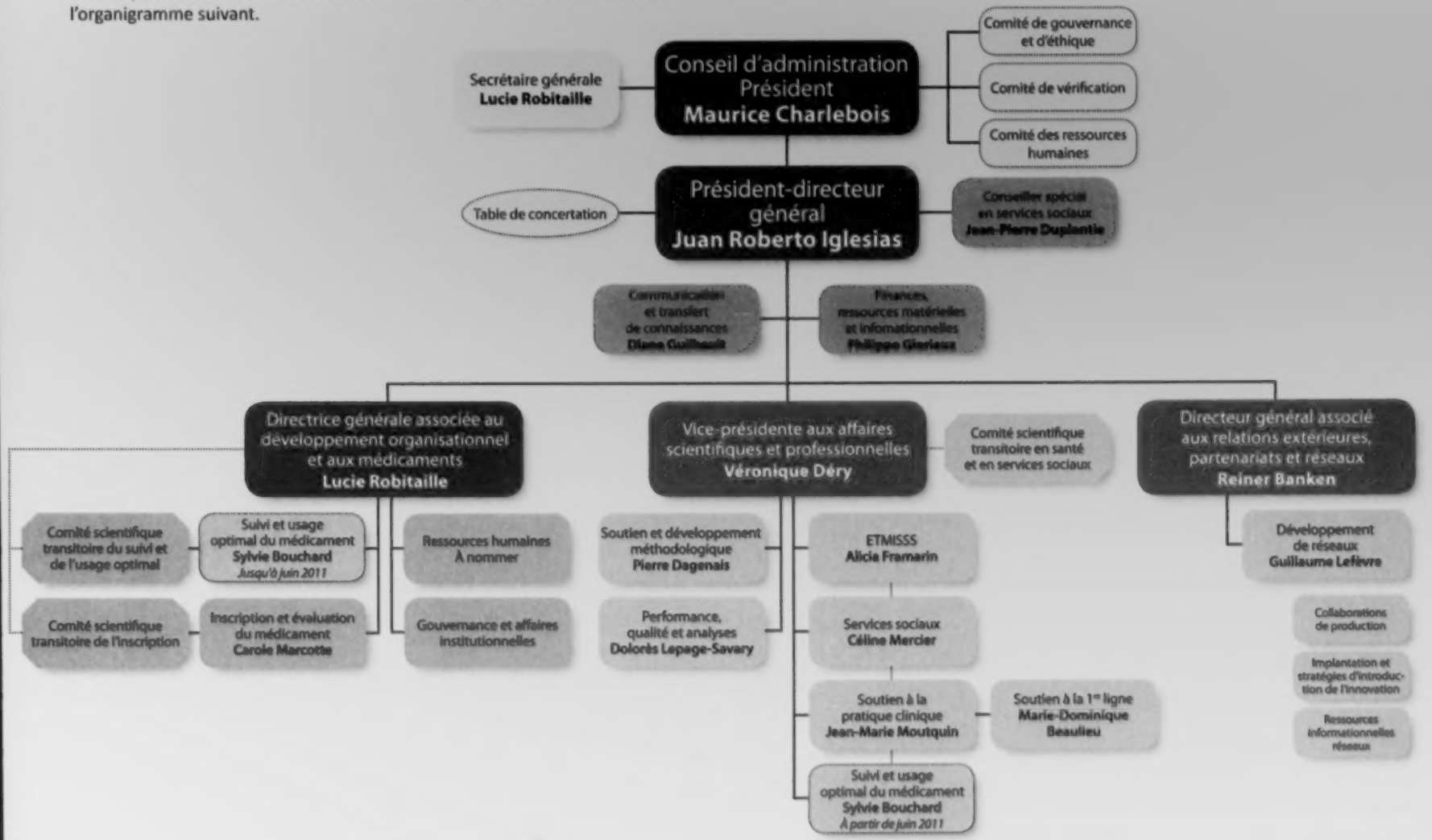
infirmiers au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine de 2003 à 2008, elle a également siégé au conseil provisoire et au comité d'implantation de l'INESSS.

Maryse Turcotte

Omnipraticienne, la D^re^ Turcotte est directrice adjointe des services professionnels intérimaire au CSSS Alphonse-Desjardins – Centre hospitalier affilié et professeure agrégée de clinique à la Faculté de médecine de l'Université Laval. Depuis 1995, elle siège au conseil d'administration de l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec, dont elle a assumé la vice-présidence jusqu'en 2010.

L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE

Lors de sa réunion du 24 février 2011, le conseil d'administration a adopté un plan d'organisation préliminaire afin de donner forme à l'Institut et de l'appuyer dans la poursuite de sa mission. Au 31 mars 2011, l'INESSS était structuré selon l'organigramme suivant.



Mandats de la vice-présidence aux affaires scientifiques et professionnelles et des directions générales associées

Vice-présidence aux affaires scientifiques et professionnelles

- Assurer, dans des délais convenus et de manière efficace, la production scientifique de l'INESSS (évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux, guides de pratique en santé et en services sociaux, suivi et usage optimal des médicaments[1]).
- Soutenir le personnel scientifique de l'INESSS et les collaborateurs externes engagés dans la coproduction (ou dans la production pour leur milieu) de guides, de recommandations ou d'avis en assurant notamment :
  - le développement de guides méthodologiques dans les domaines d'expertise de l'INESSS ;
  - la mise en place de structures permettant de réaliser différentes fonctions transversales (analyse économique, analyse des enjeux éthiques, accès et analyse des données clinico-administratives et sociosanitaires, etc.) ;
  - la mise en place de mécanismes pour la gestion de la qualité des travaux faits à l'externe (en lien avec ceux faits à l'interne).
- Assurer la mise en place des structures ainsi que le déploiement et la coordination des processus requis aux plans scientifique ou professionnel pour la mise en place de l'INESSS (comité scientifique permanent, comités internes, élaboration du plan triennal, gestion réactive des demandes, etc.).
- Revoir les façons de faire ou établir les nouvelles approches afin que chaque étape de production ait sa valeur ajoutée.
- Développer et mettre en place un système de suivi des productions scientifiques de l'INESSS (effecture un suivi de l'influence des travaux, évaluer le niveau d'implantation des guides, collaborer à la mise en place du processus d'évaluation de la performance de l'INESSS, etc.).
- Contribuer à la mise en place d'un réseau de partenaires fort pour l'utilisation ou la coproduction des guides, recommandations et avis de l'INESSS.

Secrétariat général et Direction générale associée au développement organisationnel et aux médicaments

- Fournir le soutien aux activités du conseil d'administration et aux autorités en lien avec les affaires institutionnelles.
- Coordonner l'élaboration de la planification stratégique et l'opérationnalisation de la reddition de comptes.
- Offrir aux autorités le soutien juridique en lien avec l'exercice de la mission de l'organisation.
- Proposer aux autorités les mesures et programmes liés à la gestion des ressources humaines et au développement organisationnel et voir à leur évolution.
- Assurer la direction du secteur des médicaments :
  - assurer, dans des délais convenus et de manière efficace, la production scientifique de l'INESSS en ce qui concerne l'évaluation des médicaments aux fins de leur éventuelle inscription, leur suivi et leur usage optimal ;
  - contribuer à la mise en place d'un réseau de partenaires fort pour l'utilisation ou la coproduction des recommandations et avis de l'INESSS.
- Assurer la mise en place du comité scientifique permanent d'évaluation des médicaments aux fins d'inscription.

Direction générale associée aux relations extérieures, partenariats et réseaux

- Définir des stratégies et assurer la cohérence de l'INESSS pour le partenariat à l'échelle du Québec, du Canada et à l'échelle internationale.
- Développer la production en réseau.
- Soutenir les établissements dans la mise en place des unités d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux.
- Soutenir et orienter les autres directions pour l'organisation et le suivi des travaux de production scientifique en réseau.
- Développer des ressources informationnelles réseaux (communautés de pratique, production, réseautage des connaissances).
- Élaborer une veille des processus organisationnels et scientifiques des organismes nationaux et internationaux.
- Soutenir la mise en place de la table de concertation et assurer le suivi de ses travaux.
- Élaborer les stratégies de l'INESSS pour l'introduction cohérente des innovations.
- Élaborer le cadre de référence de participation du public et des usagers.

[1] À compter de juin 2011

LE RAPPORT D'ACTIVITÉ DE L'INESSS DU 19 JANVIER AU 31 MARS 2011

Le 19 janvier 2011, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux a succédé au Conseil du médicament et à l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS).

Depuis cette date, les autorités de l'Institut ont démarré des travaux en vue d'assurer une transition hors fonction publique et une autonomie administrative dans la gestion de ses ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles.

Également, comme il ne devait pas y avoir de bris de continuité dans la prestation des services de l'Agence et du Conseil, les activités courantes de production ont été maintenues, notamment en ce qui concerne la mise à jour des listes de médicaments et la poursuite des études d'évaluation dans le domaine de la santé et des services sociaux. Un plan de travail initial a été développé dans la perspective d'assurer la continuité des travaux tout en amorçant la transition vers les objectifs poursuivis par l'INESSS.

LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GOUVERNANCE DE L'INESSS

Le conseil d'administration

C'est le 10 juin 2010 que la Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux a été sanctionnée et que la majorité de ses articles sont entrés en vigueur.

À la suite de consultations, des propositions de candidatures pour former le premier conseil d'administration de l'INESSS ont été transmises au Conseil des ministres. C'est le 8 décembre 2010 que ce dernier a entériné ces propositions de candidatures pour former le conseil d'administration de l'INESSS. Nommés le 8 décembre 2010, les membres du conseil se sont réunis lors de séances ordinaires le 16 décembre 2010 et les 20 janvier et 24 février 2011, ainsi que lors d'une séance extraordinaire le 17 mars 2011.

Dès leur nomination, les nouveaux membres du conseil d'administration se sont mis à pied d'œuvre. D'abord, lors d'une première rencontre d'orientation, le 16 décembre 2010, durant laquelle les travaux d'arrimage des deux organismes fondateurs et le plan de travail provisoire de l'INESSS ont été partagés, notamment en ce qui a trait à deux chantiers, soit l'élaboration de guides de pratique clinique et l'ajout du secteur des services sociaux comme champ d'activité.

Le 20 janvier 2011, au lendemain de l'entrée en vigueur des derniers articles de la Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, le conseil a adopté le plan d'organisation préliminaire, le mandat et la composition des comités scientifiques transitoires ainsi que les règles de délégation d'autorité pour les publications. Un plan de travail transitoire intégré pour 2010-2011 a aussi été approuvé ; il sera ainsi le plan de travail de la première année de l'INESSS. Le premier plan triennal d'activités de l'INESSS doit être adopté entre ce moment et le 1er avril 2012. Il devrait tenir compte des priorités suggérées par la future table de concertation et des orientations émergeant de l'exercice de planification stratégique.

Le 24 février 2011, le conseil d'administration a approuvé les règles de régie interne qui encadreront son action et celle de ses trois comités prévus à la Loi, soit le comité de vérification, le comité de gouvernance et d'éthique ainsi que le comité des ressources humaines. Il a entériné le contenu de l'*Avis au ministre* préparé pour un amendement aux listes de médicaments le 16 mars.

Les membres ont également adopté une proposition préliminaire de démarche relative à l'élaboration du premier plan stratégique de l'INESSS. La démarche commencera par des travaux de réflexion stratégique de la part du conseil d'administration et, par la suite, le personnel de l'INESSS sera mis à contribution. Les membres ont adopté la carte stratégique provisoire 2011-2012 présentée par le président-directeur général.

Par ailleurs, des orientations générales quant au mandat et à la composition de la table de concertation de l'INESSS ont été approuvées.

Finalement, lors de la séance extraordinaire du 17 mars, un *Avis au ministre* a été entériné en vue d'un amendement aux listes de médicaments.

Il est à noter que les membres du CA ne sont pas rémunérés pour effectuer ce travail, et ce, en conformité avec la Loi sur l'INESSS.

État des présences des membres du CA aux séances				
Membres	Séances			
	16 décembre 2010	20 janvier 2011	24 février 2011	17 mars 2011
Maurice Charlebois	√	√	√	√
Gertrude Bourdon	√	√	√	√
James Brophy	√	-	√	-
Sylvie Dupras	√	√	-	√
Pierre Jacob Durand	√	√	√	√
Juan Roberto Iglesias	√	√	√	√
Carl Lacharité	√	√	√	√
Patricia Lefebvre	√	√	√	√
Louise Nadeau	-	√	√	-
Angèle St-Jacques	√	√	-	√
Maryse Turcotte	√	√	√	√

Les comités scientifiques transitoires

Les comités scientifiques permanents de l'INESSS veilleront à la rigueur, à la qualité et à la pertinence des travaux scientifiques de l'INESSS. Composés, comme la Loi le prévoit, de scientifiques, de cliniciens, d'éthiciens, de gestionnaires et de citoyens, ces comités seront formés au cours des prochains mois. Entretemps, trois comités scientifiques transitoires assurent la continuité des travaux de l'Institut.

Comité scientifique transitoire de l'inscription

Président

Stéphane P. Ahern
Interniste-intensiviste
Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Professeur adjoint de clinique
Faculté de médecine, Université de Montréal

Membres

Mathieu Bernier
Cardiologue
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

Michel Cauchon
Omnipraticien
Unité de médecine familiale Maizerets, CSSS de Québec-Nord

Martin Darveau
Pharmacien
Département de pharmacie, CSSS Alponse-Desjardins

Marc Desmarais
Pharmacien

Bernard Keating (membre invité)
Professeur titulaire
Faculté de théologie et de sciences religieuses, Université Laval
Professeur d'éthique
Faculté de pharmacie, Université Laval

Jean Lachaîne
Pharmacien
Pharmacoéconomiste
Faculté de pharmacie, Université de Montréal

Richard G. Lalonde
Interniste-infectiologue
Institut thoracique de Montréal

Carole Marcotte
Pharmacienne
Directrice de l'inscription, INESSS

Jacques Morin
Gériatre
Hôpital de l'Enfant-Jésus

Marc Parent
Pharmacien
Centre hospitalier universitaire de Québec, Hôpital Saint-François d'Assise

Danielle Pilon
Spécialiste en médecine interne et en pharmacologie clinique
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Professeure agrégée
Faculté de médecine, Université de Sherbrooke

Stéphane Roux
Pharmacien
Département de pharmacie, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Comité scientifique transitoire du suivi et de l'usage optimal

Présidente

Claudine Laurier
Professeure titulaire
Faculté de pharmacie, Université de Montréal

Membres

Régis Blais
Professeur titulaire
Département d'administration de la santé
Faculté de médecine, Université de Montréal

Sylvie Bouchard
Pharmacienne
Directrice intérimaire du suivi et de l'usage optimal, INESSS

Céline Dupont
Pharmacienne
Centre universitaire de santé McGill

Maurice St-Laurent
Gériatre
Professeur agrégé de clinique
Faculté de médecine, Université Laval

Jeannine Tellier-Cormier
Professeure en soins infirmiers à la retraite
Cégep de Trois-Rivières

Comité scientifique transitoire de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux

Membres

Sylvie Bernier
Directrice
Organisation des services médicaux et technologiques, MSSS

Roger Jacob
Ingénieur
Directeur
Grandir en santé, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

Michel Labrecque
Professeur et chercheur clinicien
Unité de médecine familiale, Hôpital Saint-François d'Assise
Centre hospitalier universitaire de Québec

Louise Lavergne
Orthophoniste-audiologiste
Directrice générale
Institut de réadaptation en déficience physique de Québec

A.-Robert LeBlanc
Ingénieur et professeur titulaire
Directeur des programmes
Institut de génie biomédical, Université de Montréal
Directeur adjoint à la recherche, au développement et à la valorisation
Centre de recherche de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Esther Leclerc
Infirmière
Directrice générale adjointe – affaires cliniques
Hôtel-Dieu du Centre hospitalier universitaire de Montréal

Réginald Nadeau
Cardiologue et chercheur
Centre de recherche de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
Professeur émérite
Faculté de médecine, Université de Montréal
Consultant en cardiologie
Centre universitaire de santé McGill, Institut de recherche clinique de Montréal

Johane Patenaude
Éthicienne et professeure titulaire
Département de chirurgie, Faculté de médecine et des sciences de la santé
Université de Sherbrooke
Chercheure boursière
Fonds de recherche en santé du Québec

Simon Racine
Spécialiste en santé communautaire
Directeur général
Institut universitaire en santé mentale de Québec

Jean Toupin
Psychologue et professeur titulaire
Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke

LES ACTIVITÉS SCIENTIFIQUES

Outre les quatre *Avis au ministre* produits pour la mise à jour des listes de médicaments, l'INESSS avait sur sa table de travail, entre le 19 janvier 2011 et le 31 mars 2011 :

- 32 projets scientifiques ;
- l'élaboration d'un premier cadre de référence en soutien et en développement méthodologique de l'INESSS ;
- la définition des produits et services de l'INESSS ;
- la planification de la 2e rencontre annuelle des services sociaux portant sur *Les guides de pratique : enjeux et défis pour les services sociaux* (29 avril 2011).

Il a tenu des consultations :

- le 2 février 2011 : *Forum des partenaires - Vers des recommandations pour le guide de pratique clinique sur le traitement de l'obésité pédiatrique au Québec* ;
- le 17 février 2011 : *Les établissements universitaires du secteur des services sociaux : rencontre INESSS sur l'ETMI en services sociaux* ;
- du 21 au 24 février 2011 : Groupes de discussion menés auprès de cliniciens divers et de gestionnaires dans quatre régions du Québec (Montréal, Chaudière-Appalaches, Montérégie et Mauricie–Centre-du-Québec) pour le projet de développement d'outils d'aide à la décision clinique pour les intervenants de première ligne dans la prévention et la gestion des maladies chroniques.

Il a terminé deux publications entamées par l'AETMIS :

- *Traitement du lymphœdème secondaire lié au cancer* ;
- *Organisation des services offerts aux personnes victimes d'un accident vasculaire cérébral ou à risque de le devenir ainsi qu'à leurs proches.*

En vertu de l'article 12 de la Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, aucun renseignement personnel n'a été communiqué à l'INESSS par un autre organisme public, entre le 19 janvier 2011 et le 31 mars 2011, dans le cadre de ses activités scientifiques.

L'UTILISATION DES RESSOURCES

LES RESSOURCES HUMAINES

Le 19 janvier 2011, l'INESSS a succédé au Conseil du médicament et à l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) avec l'entrée en vigueur des derniers articles de loi. Toutefois, ce n'est qu'à la fin de février que les employés des deux organismes fondateurs et membres de la fonction publique ont été transférés officiellement à l'Institut, en raison de délais réglementaires à respecter. Pour ce faire, notons la préparation des documents nécessaires à l'autorisation par le Conseil du Trésor du transfert à l'Institut de 37 employés permanents de la fonction publique, dont 27 employés qui étaient rattachés au Conseil, 7 employés qui étaient rattachés à l'AETMIS et 3 autres employés du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) qui ont été affectés à l'Institut.

Parmi les priorités de l'an un, les ressources humaines occupent le premier rang. L'Institut s'est d'abord doté de règles initiales de fonctionnement pour la gestion des ressources humaines. Les autorités préparent un plan d'action en ressources humaines qui prévoira notamment l'élaboration d'un plan d'effectifs en réponse aux besoins de l'organisation et à sa planification stratégique.

D'autres actions ont aussi été mises en branle pour finaliser le transfert hors fonction publique de son personnel et atteindre son autonomie administrative. Parmi ces actions, notons la recherche et l'implantation d'un progiciel de paie et de gestion des ressources humaines.

Au 31 mars 2011, l'INESSS comptait sur une équipe compétente et dédiée composée de 163 ressources, dont 45 occupaient un poste régulier, 102 avaient un statut contractuel (occasionnels, prêts de service ou travailleurs autonomes) et 3 étaient de l'effectif médical. Il y avait 11 postes vacants.

LES RESSOURCES FINANCIÈRES

Les résultats sont présentés pour la période allant du 19 janvier au 31 mars 2011. Les états financiers de l'exercice de 2,5 mois clos le 31 mars 2011 ont été vérifiés par le Vérificateur général du Québec. Ils incluent les résultats financiers pour les activités régulières de l'Institut et pour les projets spéciaux. Ceux-ci sont des activités ciblées non récurrentes réalisées en réponse à des mandats spécifiques provenant de diverses sources de financement.

Tableau 1 : Résultat des activités de l'INESSS du 19 janvier 2011 au 31 mars 2011

	Activités régulières	Projets spéciaux	Total
Produits	3 217 560 $	339 763 $	3 557 323 $
Charges	2 722 902 $	307 554 $	3 030 456 $
Excédent	494 658 $	32 209 $	526 867 $
Excédent cumulé	2 559 176 $	0 $	2 559 176 $

Il est à noter que l'INESSS a commencé ses activités avec des excédents cumulés qui lui ont été transférés en partie de l'AETMIS, soit 1 800 453 $, qui représentent les excédents cumulés dans différents fonds de recherche au 18 janvier 2011. L'autre partie des excédents cumulés au début des activités provient de la valeur comptable nette des immobilisations, soit 231 856 $, que le MSSS lui a transférée. Il est aussi à noter qu'une part de l'excédent du 19 janvier au 31 mars 2011 provient du fait qu'une partie des allocations du MSSS, pour cette période, a été utilisée pour l'acquisition de biens capitalisables (169 788,39 $) et n'a pas, par conséquent, été comptabilisée dans les dépenses d'opération des activités.

Enfin, en plus des excédents cumulés au 31 mars 2011, l'Institut dispose de 800 620 $ à titre de produits reportés. Cette somme représente le montant requis pour combler les dépenses concernant les projets spéciaux de recherche en cours, financés d'une façon spécifique, et principalement par le MSSS.

LES RESSOURCES MATÉRIELLES ET INFORMATIONNELLES

Depuis la mise en place de l'INESSS, l'organisme s'est porté acquéreur de mobilier afin d'aménager le rez-de-chaussée de l'édifice Iberville I, où se trouve maintenant son siège social. Du mobilier additionnel a également été installé dans les locaux du Iberville III afin d'y accueillir des ressources supplémentaires. Par ailleurs, en cette période de transition, le MSSS a continué d'apporter son soutien à l'INESSS dans la gestion des ressources matérielles et informationnelles.

LES ENGAGEMENTS ET LES RESPONSABILITÉS

L'INESSS souscrit aux grandes politiques et orientations gouvernementales et s'assure de leur respect, notamment en matière d'accès à l'égalité en emploi et d'égalité entre les femmes et les hommes, d'emploi et de qualité de la langue française dans l'Administration, d'allégement réglementaire et administratif et de développement durable. Relativement à ce dernier aspect, l'INESSS élaborera, à partir des plans existants des deux organismes fondateurs, son propre plan d'action en matière de développement durable.

L'ACCÈS À L'INFORMATION ET LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

L'INESSS a diffusé sur son site Web les renseignements prévus à la section III du Règlement sur la diffusion de l'information et sur la protection des renseignements personnels (c. A-2.1, r. 0.2).

Depuis le 19 janvier 2011, date d'entrée en vigueur des articles de la Loi créant l'INESSS, ce dernier a reçu deux demandes d'accès à l'information en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q., c. A-2.1). Ces demandes ont été traitées en conformité avec les règles qui s'appliquent.

Au 31 mars 2011, il n'y avait aucun dossier en révision devant la Commission d'accès à l'information. La responsable en matière d'accès à l'information pour l'INESSS est M^me^ Lucie Robitaille, secrétaire générale et directrice générale associée au développement organisationnel et aux médicaments. M^me^ Carole Marcotte a été désignée responsable substitut. M^e^ Anne-Marie Fontaine agit à titre de représentante de l'INESSS auprès du réseau des répondants en matière d'accès à l'information et de protection des renseignements personnels.

LES PERSPECTIVES 2011-2012

Afin de rapidement donner forme aux activités de l'INESSS, le conseil d'administration a adopté une carte stratégique provisoire pour l'année financière 2011-2012. Cette année sera donc consacrée à la poursuite de trois orientations stratégiques : le développement de la structure de l'INESSS et de ses façons de faire, l'établissement de son réseau de partenaires et de collaborateurs et le maintien d'une production de qualité, tout en orientant cette dernière dans le sens du mandat propre à l'Institut.

LE DÉVELOPPEMENT DE LA STRUCTURE ET DE NOUVELLES FAÇONS DE FAIRE

Plan stratégique 2012-2015

L'adoption du plan stratégique 2012-2015 par le conseil d'administration et son dépôt à l'Assemblée nationale par le ministre de la Santé et des Services sociaux prévu pour la session d'hiver 2012 représenteront l'aboutissement d'une démarche de réflexion et de consultation qui se déroulera tout au long de l'année. Fondé sur une large consultation tant auprès des partenaires de l'Institut que de son personnel, ce processus sera l'occasion de traduire le projet initial de l'INESSS dans un énoncé de mission, des valeurs et des objectifs stratégiques adaptés aux besoins du réseau de la santé et des services sociaux et partagés avec ses acteurs. Il contribuera également à souder le personnel autour d'une vision commune de l'apport de l'Institut à l'excellence des soins et des services offerts à la population et à l'utilisation optimale des ressources collectives consacrées à la santé et aux services sociaux.

Plan triennal d'activités

L'article 11 de la Loi constitutive de l'INESSSS prévoit que : *L'Institut soumet à l'approbation du ministre, à la date et dans la forme que ce dernier détermine, son plan triennal d'activités comprenant ses priorités. Il doit également, au plus tard le 31 mars de chaque année, transmettre au ministre une mise à jour annuelle de ce plan.* Dans le contexte particulier d'un premier exercice, les méthodes à mettre au point pour faire émerger les priorités de travail vont poser des défis importants. Un processus large de mobilisation sera mis en branle afin de consulter le milieu de la santé et des services sociaux sur ses priorités et de susciter des propositions de projets issues des réalités vécues sur le terrain. Le fruit de cette démarche sera soumis à la future table de concertation, qui conseillera les autorités de l'INESSS dans l'établissement du plan triennal d'activités.

Le premier plan triennal d'activités sera déposé au ministre le 31 mars 2012 et couvrira ainsi la période 2012-2015.

Comités du conseil d'administration

Des discussions ont été tenues afin de voir à la mise en place du comité de vérification, du comité des ressources humaines et du comité de gouvernance et d'éthique, chargés d'appuyer le conseil d'administration dans ses fonctions. Ces comités entameront leurs travaux dès le début de l'année 2011-2012.

Comités scientifiques permanents

L'Institut devra également, au printemps 2011, former ses comités scientifiques permanents qui prendront la relève des comités scientifiques transitoires. Le conseil d'administration approuvera les règles de fonctionnement de ces comités et procédera à la nomination des membres, y compris les citoyens qui seront appelés à y siéger.

Table de concertation

Conformément aux dispositions législatives, la table de concertation pour les secteurs de la santé et des services sociaux sera mise en place, et ce, dès l'automne 2011.

La composition de cette table sera représentative des acteurs et des groupes à qui s'adresseront les recommandations et les guides de pratique de l'INESSS.

LA MISE EN PLACE DU RÉSEAU DES PARTENAIRES ET DES COLLABORATEURS

L'Institut entreprendra, au printemps 2011, une tournée des partenaires qui poursuivra quatre objectifs : faire connaître l'INESSS, consulter les partenaires sur la composition éventuelle de la table de concertation, consulter les partenaires aux fins de l'élaboration du premier plan stratégique, contribuer à l'élaboration du premier plan triennal d'activités.

Au terme de l'année 2011-2012, l'INESSS se sera donc doté :

- d'une gouvernance selon les règles de l'art ;
- d'une permanence solide et compétente ;
- d'un plan stratégique ;
- d'un plan triennal d'activités ;

- de comités scientifiques permanents ;
- d'une table de concertation et d'autres forums de consultation et de concertation ;
- d'un réseau de collaborateurs étendu et de bases de partenariats fructueux.

LE MAINTIEN D'UNE PRODUCTION DE QUALITÉ ORIENTÉE SUR LA MISSION DE L'INESSS

Poursuite du plan de travail de transition

Tout en élaborant son plan triennal d'activités, l'Institut se concentrera sur la poursuite de son plan de travail de transition, tel qu'il a été adopté par le conseil d'administration. Ce plan de travail permettra à l'Institut de remplir, dès sa première année d'existence, les éléments de son mandat hérités du Conseil du médicament et de l'AETMIS, tout en déployant les efforts requis pour développer ses nouvelles fonctions et façons de faire.

À partir du texte de loi et en tenant compte des expertises des deux organismes fondateurs, un comité a coordonné la réflexion sur les paramètres devant être clarifiés (définition, méthodes, processus, format, transfert de connaissances) afin de définir une typologie de produits (l'offre de services) pour permettre à l'INESSS d'accomplir de façon optimale sa mission.

Réingénierie et ingénierie

Afin de réaliser la mission de l'INESSS et de mettre en place ses fonctions avec l'excellence et l'efficience attendues, il importe, tout en préservant les acquis des deux organismes fondateurs, de bien planifier et concevoir les modalités avec lesquelles les nouvelles sphères d'activités de l'Institut seront rendues (ingénierie) et de revoir les approches déjà en place (réingénierie). Ainsi, les façons de faire propres à chacun des deux organismes antérieurs doivent être révisées et adaptées afin que les efforts investis se traduisent par des résultats optimaux (sur le plan des ressources, des processus et des bénéfices attendus) en fonction de la nouvelle mission.

Travaux sur l'innovation

Depuis quelques années, certains allèguent que les méthodologies d'évaluation basées sur un haut niveau de données probantes sont peu adaptées à l'évaluation des innovations. L'innovation émerge souvent aux premiers stades de développement d'une technologie alors que l'information, tant sur les résultats cliniques que sur les coûts, est généralement limitée et, *a priori*, peu généralisable.

Compte tenu de ce contexte, l'INESSS doit se pencher sur cette question. Des travaux seront faits afin d'aider l'organisme à développer son positionnement par rapport à l'innovation et à se donner un plan d'action pour le mettre en œuvre.

LE PLAN DE TRAVAIL DE TRANSITION DE L'INESSS

Le 20 janvier 2011, les membres du conseil d'administration adoptaient le plan de travail de transition suivant.

PLAN DE TRAVAIL DE TRANSITION DE L'INESSS EN VIGUEUR JUSQU'AU 31 MARS 2012
Projets
Utilisation de pompes intrathécales dans la prise en charge de la douleur chronique : efficacité, sécurité, indications cliniques et modalités organisationnelles
Utilisation de neurostimulateurs dans la prise en charge de la douleur chronique : efficacité, sécurité, indications cliniques et modalités organisationnelles
Les différentes technologies pour l'alimentation en acide et en bicarbonate de soude pour les appareils hémodialyseurs
Évaluation des modalités thérapeutiques de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA)
Prise en charge des maladies rares : expériences étrangères
Guide de pratique clinique pour le traitement de l'obésité pédiatrique
Développement d'outils d'aide à la décision clinique pour les intervenants de première ligne dans la prévention et la gestion des maladies chroniques (indicateurs de qualité)
Mesures prometteuses afin de diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables
Remplacement valvulaire aortique percutané : évaluation des données probantes et des éléments nécessaires d'un registre clinique québécois
Dispositifs d'assistance ventriculaire implantables : évaluation des données probantes et des éléments nécessaires d'un registre clinique québécois
Évaluation des résultats des pontages aorto-coronariens (PAC)
Élaboration de guides cliniques pour le traitement pharmacologique des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)
Conditions essentielles pour un réseau intégré optimal de lutte contre le cancer au Québec
Le deuxième cycle d'évaluation des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer au Québec : examen, révision et élaboration des critères d'évaluation et de désignation
Mise à jour de l'outil d'aide à la décision dans le traitement de l'asthme

PLAN DE TRAVAIL DE TRANSITION DE L'INESSS EN VIGUEUR JUSQU'AU 31 MARS 2012
Projets
Mise à jour de la 2e série de guides en antibiothérapie
Élaboration d'une fiche sur l'utilisation optimale des antibiotiques en lien avec la résistance bactérienne
Évaluation de l'utilisation du plan d'action pour l'asthme (outil clinique)
Évaluation sur le terrain du traitement de l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (ETIAMEST) - 2e volet
Évaluation du programme d'accès rapide lavallois en rhumatologie (PARLER)
Blessés et lésés médullaires : organisation des services
Organisation des services pédiatriques en traumatologie
La biopsie des ganglions sentinelles dans le traitement du cancer du sein : indications et contre-indications
Diagnostic à domicile de l'apnée obstructive du sommeil chez l'enfant
Complications associées aux instruments chirurgicaux utilisés pour les amygdalectomies
Diagnostic et traitement de l'insuffisance veineuse céphalorachidienne chronique (IVCC) pour les personnes atteintes de sclérose en plaques
Synthèse des recommandations de bonnes pratiques pour les enfants de 0 à 12 ans ayant un trouble envahissant du développement (TED)
Analyse économique de la transplantation rénale
Tomodensitométrie et ses effets cancérigènes chez les enfants et les jeunes au Québec (radiations ionisantes)
Organisation des services en matière d'accident vasculaire cérébral : revue des données probantes, des politiques et des expériences
Services spécialisés destinés aux personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer
Veille informationnelle sur les services sociaux
Veille technologique sur les aides techniques
Portrait des médicaments de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)
Portrait de l'usage des antihypertenseurs chez les adultes du RPAM
Portrait de l'usage des antipsychotiques chez les personnes âgées du RPAM
Projet pilote sur l'envoi de profils de prescription aux prescripteurs
Mises à jour régulières des listes de médicaments
Évaluations prioritaires des médicaments
Rapport sur les demandes de hausses de prix des médicaments déjà inscrits

États financiers

De l'exercice de deux mois et demi
clos le 31 mars 2011

RAPPORT DE LA DIRECTION

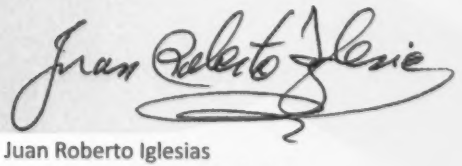
Les états financiers de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux ont été dressés par la direction, qui est responsable de leur préparation et de leur présentation, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix de méthodes comptables appropriées et qui respectent les principes comptables généralement reconnus du Canada. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel d'activité concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles comptables internes, conçus en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

L'Institut reconnaît qu'il est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui le régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il approuve les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification, dont les membres ne font pas partie de la direction. Ce comité rencontre la direction et le Vérificateur général du Québec, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Le Vérificateur général du Québec a procédé à l'audit des états financiers de l'Institut, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada et son rapport de l'auditeur indépendant expose la nature et l'étendue de cet audit et l'expression de son opinion. Le Vérificateur général du Québec peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



Juan Roberto Iglesias
Président-directeur général

Lucie Robitaille
Secrétaire générale et directrice générale associée au développement organisationnel et aux médicaments

Québec, le 15 septembre 2011

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT

À l'Assemblée nationale

Rapport sur les états financiers

J'ai effectué l'audit des états financiers ci-joints de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, qui comprennent le bilan d'ouverture au 19 janvier 2011 et le bilan au 31 mars 2011, l'état des résultats et de l'excédent cumulé et l'état des flux de trésorerie pour l'exercice de deux mois et demi clos le 31 mars 2011, ainsi qu'un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives inclus dans les notes complémentaires.

Responsabilité de la direction pour les états financiers

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Responsabilité de l'auditeur

Ma responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers, sur la base de mon audit. J'ai effectué mon audit selon les normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que je me conforme aux règles de déontologie et que je planifie et réalise l'audit de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives.

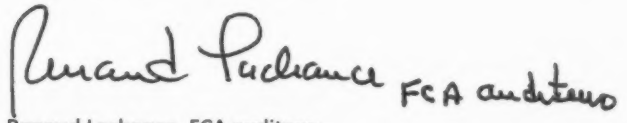
Un audit implique la mise en œuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève du jugement de l'auditeur et, notamment, de son évaluation des risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. Dans l'évaluation de ces risques, l'auditeur prend en considération le contrôle interne de l'entité portant sur la préparation et la présentation fidèle des états financiers, afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Un audit comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

J'estime que les éléments probants que j'ai obtenus sont suffisants et appropriés pour fonder mon opinion d'audit.

Opinion

À mon avis, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux au 19 janvier 2011 et au 31 mars 2011, ainsi que des résultats de ses activités et de ses flux de trésorerie pour l'exercice de deux mois et demi clos le 31 mars 2011, conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Le Vérificateur général du Québec,



Renaud Lachance, FCA auditeur

Québec, le 15 septembre 2011

ÉTATS FINANCIERS

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

Résultats et excédent cumulé

De l'exercice de deux mois et demi clos le 31 mars 2011

	2011		
Produits	**Activités régulières**	**Projets spéciaux**	**Total**
	$	**$**	**$**
Subventions du gouvernement du Québec	3 212 310	332 971	3 545 281
Subventions du gouvernement du Canada	-	6 792	6 792
Autres subventions	5 250	-	5 250
	3 217 560	339 763	3 557 323
Charges			
Rémunération des salariés, chercheurs et prêts de service	2 286 853	253 610	2 540 463
Honoraires professionnels	87 820	-	87 820
Locations	177 900	-	177 900
Services auxiliaires	40 733	-	40 733
Frais de déplacement	55 708	2 882	58 590
Publicité, promotion et télécommunications	64 529	139	64 668
Fournitures et approvisionnement	19 689	466	20 155
Frais de réunions, congrès et formation	23 069	70	23 139
Amortissement	16 988	-	16 988
Frais généraux (note 3)	(50 387)	50 387	-
	2 722 902	307 554	3 030 456
Excédent des produits sur les charges	494 658	32 209	526 867
Excédent cumulé au début (note 6)	2 064 518	(32 209)	2 032 309
Excédent cumulé à la fin	**2 559 176**	-	**2 559 176**

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers.

ÉTATS FINANCIERS

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

Bilan

Au 31 mars 2011

	Au 31 mars 2011 $	Au 19 janvier 2011 $ (notes 5 et 6)
Actif		
À court terme		
Encaisse	2 430 475	3 712 911
Subventions à recevoir (note 8)	2 861 622	492 988
Autres débiteurs	15 250	-
Frais payés d'avance	-	9 434
	5 307 347	4 215 333
Immobilisations corporelles (note 9)	427 644	231 856
	5 734 991	4 447 189
Passif		
À court terme		
Charges à payer et frais courus (note 10)	1 713 178	821 002
Produits reportés (note 11)	800 620	1 593 878
	2 513 798	2 414 880
Provision pour congés de maladie (note 12)	662 017	-
	3 175 815	2 414 880
Excédent		
Excédent cumulé	2 559 176	2 032 309
	5 734 991	4 447 189

Éventualités (note 14)

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers.

POUR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Juan Roberto Iglesias, président-directeur général

Lucie Robitaille, secrétaire générale et directrice générale associée au développement organisationnel et aux médicaments

ÉTATS FINANCIERS

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

Flux de trésorerie

De l'exercice de deux mois et demi clos le 31 mars 2011

	2011 $
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT	
Excédent des produits sur les charges	526 867
Élément sans incidence sur la trésorerie	
Amortissement	16 988
	543 855
Variation des éléments hors trésorerie liés au fonctionnement	
Subventions à recevoir	(2 368 634)
Autres débiteurs	(15 250)
Frais payés d'avance	9 434
Charges à payer et frais courus	892 176
Produits reportés	(793 258)
Provision pour congés de maladie	662 017
	(1 613 515)
Flux de trésorerie utilisés pour les activités de fonctionnement	(1 069 660)
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT	
Acquisition d'immobilisations corporelles	(212 776)
Diminution de l'encaisse	(1 282 436)
Encaisse au début	3 712 911
Encaisse à la fin	**2 430 475**

Les notes complémentaires font partie intégrante des états financiers.

ÉTATS FINANCIERS

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

Notes complémentaires

Au 31 mars 2011

1. Constitution et objet

L'Institut, constitué par la Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, est une personne morale, mandataire de l'État. Il a pour mission de promouvoir l'excellence clinique et l'utilisation efficace des ressources dans le secteur de la santé et des services sociaux. Il succède au Conseil du médicament, constitué en vertu de l'article 53 de la Loi sur l'assurance médicaments (L.R.Q., chapitre A-29.01), et à l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, constituée par le décret n° 855-2000 (2000, G.O.2, 5248), au regard des fonctions confiées à l'Institut. Aux fins de sa mission, il réalise notamment plusieurs activités d'évaluation, d'analyse et de recherche et entretient d'étroites collaborations avec les cliniciens, les gestionnaires et les chercheurs dans le domaine de la prestation des soins et services et avec l'ensemble des acteurs du système de santé et des services sociaux.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Institut n'est pas assujetti aux impôts sur le revenu.

2. Méthodes comptables

Aux fins de la préparation de ses états financiers, l'Institut utilise prioritairement le *Manuel de l'Institut canadien des comptables agréés (ICCA) pour le secteur public*. L'utilisation de toute autre source de principes comptables généralement reconnus doit être cohérente avec ce dernier.

La préparation des états financiers de l'Institut, conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada (PCGR), exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers, ainsi que de la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par les états financiers. Les principaux éléments faisant l'objet d'une estimation sont la durée de vie utile des immobilisations corporelles, la provision pour congés de maladie et la provision pour vacances. Les résultats réels pourraient différer de ces estimations.

Constatation des produits

Les subventions non affectées sont constatées à titre de produit lorsqu'elles sont reçues ou à recevoir. En ce qui concerne les subventions affectées, elles sont constatées à titre de produit de l'exercice au cours duquel les charges connexes sont engagées.

Immobilisations corporelles

Les immobilisations corporelles sont comptabilisées au coût. Elles sont amorties en fonction de leur durée de vie utile respective, selon la méthode de l'amortissement linéaire sur la durée indiquée ci-dessous.

Équipement informatique	3 ans
Mobilier et équipement	5 ans
Améliorations locatives	5 ans
Développement informatique	5 ans

Provision pour congés de maladie
Les obligations à long terme découlant des congés de maladie accumulés par les employés sont évaluées sur une base actuarielle au moyen d'une méthode d'estimation simplifiée selon les hypothèses les plus probables déterminées par le gouvernement. Ces hypothèses font l'objet d'une réévaluation annuelle. Le passif et les charges correspondantes qui en résultent sont comptabilisés sur la base du mode d'acquisition de ces avantages sociaux par les employés, c'est-à-dire en fonction de l'accumulation et de l'utilisation des journées de maladie par les employés.

Régimes de retraite
La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, étant donné que l'Institut ne dispose pas de suffisamment d'information pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées.

3. Frais généraux

Les frais généraux imputés aux charges des projets spéciaux et à titre de recouvrement des activités régulières représentent une estimation de la valeur des charges de services de soutien offerts dans le cadre des différents projets spéciaux de l'Institut.

4. Transfert des employés

L'Institut a débuté ses fonctions le 19 janvier 2011 avec le personnel régulier, occasionnel et temporaire du Conseil du médicament et de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, à qui il a succédé à cette date. Il assume, et ce, depuis le 19 janvier 2011, la rémunération de tout le personnel ci-dessus mentionné. Seuls les employés réguliers de ces deux entités lui ont été transférés le 25 février 2011. Il est prévu que le personnel occasionnel et temporaire lui sera transféré en 2012. Dans le calcul de la provision pour congés de maladie et vacances au 31 mars 2011, seul le personnel régulier a été considéré.

5. Encaisse au 19 janvier 2011

L'encaisse au 19 janvier 2011 est constituée de sommes accumulées au cours des années par l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé à partir de subventions reçues, principalement du ministère de la Santé et des Services sociaux pour réaliser des projets de recherche.

6. Transfert d'actifs et de passifs

À la suite de la constitution de l'Institut, les actifs et passifs du Conseil du médicament et de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé ont été transférés du ministère de la Santé et des Services sociaux à l'Institut. Ces actifs et passifs ont été comptabilisés à leur valeur comptable nette. Certains de ces actifs ont été comptabilisés à une valeur nulle. Ce transfert a constitué un excédent de 2 032 309 $ au 19 janvier 2011.

7. Entente entre l'Institut et le ministère de la Santé et des Services sociaux

L'Institut et le MSSS ont convenu que la comptabilisation des transactions et leurs paiements, concernant la rémunération des employés et les dépenses de fonctionnement de l'Institut, sont effectués par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'Institut. Toutefois, l'Institut doit présenter à ses états financiers ses obligations financières. Étant donné que les obligations sont payées par le ministère de la Santé et des Services sociaux à même les crédits de transferts alloués à l'Institut, ce dernier inscrit un compte à recevoir équivalent à l'obligation financière.

8. Subventions à recevoir

	Au 31 mars 2011	Au 19 janvier 2011
	$	$
À recevoir du gouvernement du Québec	2 811 622	492 988
À recevoir du gouvernement du Canada	50 000	-
	2 861 622	492 988

9. Immobilisations corporelles

	Au 31 mars 2011			Au 19 janvier 2011		
	Coût	Amortissement cumulé	Valeur nette	Coût	Amortissement cumulé	Valeur nette
	$	$	$	$	$	$
Équipement informatique	73 516	21 339	52 177	45 284	18 194	27 090
Mobilier et équipement	175 649	25 398	150 251	43 670	19 212	24 458
Améliorations locatives	153 823	27 441	126 382	137 258	21 950	115 308
Développement informatique	101 000	2 166	98 834	65 000	-	65 000
	503 988	76 344	427 644	291 212	59 356	231 856

Les acquisitions et l'amortissement, du 19 janvier au 31 mars 2011, se répartissent comme suit :

	Acquisitions	Amortissement
	$	$
Équipement informatique	28 232	3 145
Mobilier et équipement	131 979	6 186
Améliorations locatives	16 565	5 491
Développement informatique	36 000	2 166
	212 776	16 988

10. Charges à payer et frais courus

	Au 31 mars 2011	Au 19 janvier 2011
	$	$
Chercheurs	386 397	325 766
Salariés et parts employeurs	155 967	93 312
Provision pour vacances	496 347	-
Autres	674 467	401 924
	1 713 178	821 002

11. Produits reportés

	Au 31 mars 2011 $	Au 19 janvier 2011 $
Gouvernement du Québec - recherche		
Projets généraux de recherche	-	1 043 429
Comité de l'évolution des pratiques en oncologie	485 536	219 780
Unité d'évaluation en oncologie	114 410	-
Évaluation du continuum de services en traumatologie	-	292 576
Cardiologie tertiaire	87 130	-
Cardiologie infarctus du myocarde avec élévation du segment ST	62 316	20 639
	749 392	1 576 424
Gouvernement du Québec - autres	-	9 434
Gouvernement du Canada - recherche		
Formation en recherche pour cadres qui exercent dans la santé (FORCES)	51 228	8 020
	800 620	1 593 878

12. Avantages sociaux futurs

Régimes de retraite

Les membres du personnel régulier de l'Institut participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE) ou au Régime de retraite de l'administration supérieure (RRAS). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. Le taux de cotisation de l'Institut au RREGOP est de 8,69 % de la masse salariale, celui au RRPE et au RRAS est de 11,54 %. Les cotisations de l'Institut imputées aux résultats de l'exercice s'élèvent à 23 252 $. Les obligations de l'Institut envers ces régimes gouvernementaux se limitent à ses cotisations à titre d'employeur.

Provision pour congés de maladie et vacances

L'Institut dispose d'un programme d'accumulation de congés de maladie. Ce programme donne lieu à des obligations à long terme dont les coûts sont assumés en totalité par l'Institut.

Le programme d'accumulation des congés de maladie permet à des employés d'accumuler les journées non utilisées des congés de maladie auxquelles ils ont droit annuellement et de se les faire monnayer, en cas de cessation d'emploi, de départ à la retraite ou de décès, à raison de 50 % pour les 132 premiers jours accumulés. Les salariés peuvent également faire le choix d'utiliser ces journées accumulées, peu importe le nombre, comme journées d'absence pleinement rémunérées dans un contexte de départ à la retraite ou en préretraite.

La provision pour congés de maladie est ajustée pour tenir compte des ajustements salariaux annuels. Elle est établie à l'aide d'une méthode qui répartit le coût de ce programme sur la durée de la carrière active des employés.

La provision pour congés de maladie cumulables a fait l'objet d'une actualisation sur la base des estimations et des hypothèses économiques à long terme suivantes au 31 mars 2011.

	RREGOP	RRAS RRPE
Taux d'indexation	3,25 %	2,00 %
Taux d'actualisation	4,26 %	1,85 %
Durée résiduelle moyenne d'activités des salariés actifs	12 ans	2 ans

La provision pour vacances n'a fait l'objet d'aucun calcul d'actualisation. L'Institut estime que les vacances accumulées seront prises dans l'exercice suivant.

	Au 31 mars 2011 Congés		
	Vacances $	Maladie $	Total $
Solde au début	-	-	-
Transferts (1)	497 317	581 593	1 078 910
Charges de l'exercice	8 521	96 395	104 916
Prestations versées au cours de l'exercice	(9 491)	(15 971)	(25 462)
Solde à la fin	496 347	662 017	1 158 364

(1) Les transferts concernant les provisions pour congés de maladie et vacances proviennent du Secrétariat du Conseil du Trésor (SCT). Cette opération est justifiée par les transferts massifs d'employés réguliers vers l'Institut provenant du MSSS et pour lesquels les provisions étaient comptabilisées au SCT. Un compte à recevoir équivalent au montant comptabilisé au SCT, au moment du transfert, est présenté en contrepartie et est encaissable dans la prochaine année. Toutefois, la méthode de calcul de la provision pour congés de maladie utilisée par le SCT est basée sur la méthode actuarielle qui tient compte de la répartition des prestations constituées alors que la méthode d'évaluation pour établir la provision pour congés de maladie au 31 mars repose sur une base actuarielle selon une méthode d'estimation simplifiée. La différence entre les deux méthodes a généré un écart qui fait partie des charges de l'exercice.

La provision pour vacances au montant de 496 347 $ est incluse au poste *charges à payer et frais courus*.

13. Opérations entre apparentés

L'Institut est apparenté avec tous les ministères et les fonds spéciaux, ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Institut n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement aux états financiers. Toutefois, l'Institut et le MSSS ont convenu que le ministère maintienne ses services de soutien en ressources matérielles et informationnelles jusqu'à ce qu'une décision contraire soit prise, ainsi que les services de soutien en ressources humaines, financières et comptables jusqu'à ce que l'Institut ait complété ses démarches pour assumer la gestion de ses ressources. Ces services sont rendus sans charge.

14. Éventualités

Dans le cours normal de ses activités, l'Institut est exposé à diverses réclamations et poursuites judiciaires. La direction est d'avis qu'aucune provision n'est requise à l'égard de ces litiges et elle ne prévoit pas d'incidence défavorable importante sur la situation financière et les résultats de ses activités.

Le Conseil du médicament

Reddition de comptes
du 1er avril 2010 au 18 janvier 2011

LA MISSION

Dans l'exercice de ses fonctions, le Conseil s'était donné pour mission de :

Contribuer avec compétence et impartialité à un accès raisonnable et équitable aux médicaments et à leur usage optimal au bénéfice de la population québécoise.

LES FONCTIONS

C'est en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments (L.R.Q., c. A-29.01) que le Conseil a été créé le 26 février 2003. Par son action, le Conseil donnait suite à l'intention et aux objectifs du législateur de doter le Québec d'un organisme responsable et crédible pour assurer l'usage optimal des médicaments et procéder à l'évaluation scientifique des médicaments soumis aux fins d'inscription.

Avant sa dissolution le 19 janvier 2011, le Conseil du médicament avait les fonctions suivantes :

- assister le ministre dans la confection et la mise à jour de la liste des médicaments dont le coût est garanti par le régime général d'assurance médicaments ;
- favoriser l'usage optimal des médicaments ;
- faire des recommandations au ministre sur l'établissement et l'évolution des prix des médicaments ainsi que sur toute autre question que celui-ci lui soumet.

LA COMPOSITION

C'est la Loi sur l'assurance médicaments qui établissait la composition du Conseil. Ses membres chapeautaient l'ensemble des actions liées au mandat de l'organisation. Ils étaient aussi appelés à apprécier, à enrichir et à entériner les orientations visant l'émission d'avis ou de recommandations en matière d'inscription de médicaments. Ils devaient finalement assurer la surveillance de la qualité de la gestion interne du Conseil. Voici les membres qui composaient le Conseil au 18 janvier 2011.

Président

Marc Desmarais
Pharmacien

Vice-présidente

Danielle Pilon
Spécialiste en médecine interne et en pharmacologie clinique
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Professeure agrégée
Faculté de médecine, Université de Sherbrooke

Experts en économie de la santé ou en épidémiologie

Lise Lamothe
Professeure agrégée
Département d'administration de la santé
Faculté de médecine, Université de Montréal

Claudine Laurier
Professeure titulaire
Faculté de pharmacie, Université de Montréal

Médecins experts en pharmacologie

Nathalie Champoux
Professeure agrégée de clinique
Département de médecine familiale, Université de Montréal
Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Réginald Nadeau
Cardiologue et chercheur
Centre de recherche de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
Professeur émérite
Faculté de médecine, Université de Montréal
Consultant en cardiologie
Centre universitaire de santé McGill
Institut de recherche clinique de Montréal

Pharmacien expert en pharmacologie

Stéphane Roux
Pharmacien
Département de pharmacie, Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Membres sociétaux

Régis Blais
Professeur titulaire
Département d'administration de la santé
Faculté de médecine, Université de Montréal

Hubert Doucet
Professeur titulaire à la retraite
Faculté de théologie et Faculté de médecine, Université de Montréal

Bernard Keating
Professeur titulaire
Faculté de théologie et de sciences religieuses, Université Laval
Professeur d'éthique
Faculté de pharmacie, Université Laval

Jeannine Tellier-Cormier
Professeure en soins infirmiers à la retraite
Cégep de Trois-Rivières

Représentante du ministre

Lise Matte
Pharmacienne
Direction des affaires pharmaceutiques et du médicament
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Directrice générale

Lucie Robitaille
Pharmacienne

LA REDDITION DE COMPTES

La dernière année d'activités du Conseil du médicament a été grandement teintée par la mise en place de l'INESSS. Les travaux préparatoires à la création de l'INESSS devaient, en plus d'assurer la continuité des activités habituelles des organismes fondateurs, proposer et réaliser des travaux d'arrimage. Ces travaux ont été déplacés vers les différentes unités des deux organisations par l'entremise de comités d'arrimage. Ceux-ci ont été formés afin d'uniformiser les façons de faire du Conseil et de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) et de produire des recommandations destinées au futur conseil d'administration pour faciliter la transition des organismes fondateurs vers l'Institut. Un comité de gestion du changement a aussi été créé dans le but, notamment, de tenir compte des préoccupations du personnel et de voir au rapprochement des équipes tant avant qu'après la venue de l'INESSS.

Rappel de la planification stratégique

Le Conseil en était à la dernière année de réalisation de son Plan stratégique 2007-2010, qui a été déposé à l'Assemblée nationale le 13 décembre 2007. Ce dépôt suivait de quelques mois l'annonce de la Politique du médicament par le ministre. Ce plan faisait de cette politique une de ses pierres d'assise.

Le Plan stratégique comprenait trois enjeux et trois orientations stratégiques autour desquels le Conseil axait ses actions, à savoir :

Enjeu	Orientation stratégique correspondante
Le renforcement de la contribution du Conseil au maintien de l'accessibilité aux médicaments pour la population	1. Adapter la contribution du Conseil à la mise en œuvre de la Politique du médicament et au contexte évolutif
L'appropriation par les acteurs concernés des travaux du Conseil et de leurs résultats	2. Accroître la transparence en conformité avec la Politique du médicament
La capacité de l'organisation à assumer pleinement son rôle	3. Mobiliser les compétences en fonction des besoins

LE SOMMAIRE DES RÉSULTATS

Orientation 1 : Adapter la contribution du Conseil à la mise en œuvre de la Politique du médicament et au contexte évolutif

Axe 1.1 Évaluation des médicaments et suivi de leur usage et de leur prix

Objectif	Degré d'atteinte
Objectif 1.1.1 Adapter, à compter de 2007, le processus d'évaluation relatif à la confection des listes de médicaments afin de tenir compte des dimensions thérapeutique, clinique, économique, sanitaire et sociétale.	Pleinement atteint
Objectif 1.1.2 Doter le Conseil d'un mécanisme fonctionnel de gestion et de surveillance des prix des médicaments à compter de juin 2007 selon les orientations de la Politique du médicament.	Pleinement atteint
Objectif 1.1.3 Mettre à jour les champs de recherche, d'étude et d'analyse priorisés – privilégiés notamment par la table de concertation du médicament – et porter à au moins cinq par année le nombre de rapports relatifs à ces champs.	Partiellement atteint

Axe 1.2 Stratégies porteuses de résultats

Objectif	Degré d'atteinte
Objectif 1.2.1 Implanter, à compter de 2008, une veille structurée sur les produits ou les indications en émergence (en précommercialisation ou en postcommercialisation), les coûts, les problèmes d'usage et les enjeux sociaux.	Partiellement atteint
Objectif 1.2.2 Accentuer, de concert avec les principaux acteurs concernés, la mise en œuvre de mesures concrètes à l'intention des professionnels de la santé, en déployant au moins deux stratégies en matière d'usage optimal des médicaments par année en appui aux orientations de la Politique du médicament.	Pleinement atteint
Objectif 1.2.3 Implanter, en 2007, un processus d'évaluation des mesures d'intervention visant à favoriser l'usage optimal des médicaments et évaluer, d'ici 2009, au moins trois mesures.	Partiellement atteint

Orientation 2 : Accroître la transparence en conformité avec la Politique du médicament

Axe 2.1 Communication

Objectif	Degré d'atteinte
Objectif 2.1.1 Diffuser de l'information de qualité adaptée aux clientèles cibles et aux partenaires.	Pleinement atteint
Objectif 2.1.2 Mettre en œuvre, d'ici le 31 mars 2010, une stratégie d'utilisation du site Web visant à soutenir les activités du Conseil, à accroître les connaissances contextuelles de l'environnement du Conseil et à favoriser des échanges avec les clientèles cibles et les partenaires.	Pleinement atteint

Orientation 3 : Mobiliser les compétences en fonction des besoins

Axe 3.1 Ressources internes

Objectif	Degré d'atteinte
Objectif 3.1.1 Compléter, en 2008, la dotation de l'ensemble des postes autorisés en fonction de la planification de la main-d'œuvre.	Pleinement atteint
Objectif 3.1.2 Implanter, d'ici 2010, une approche de gestion des ressources humaines axée sur le développement des compétences et sur l'utilisation de l'ensemble de ses ressources autorisées (ressources humaines et financières).	En cours de réalisation

Axe 3.2 Experts externes

Objectif	Degré d'atteinte
Objectif 3.2.1 Développer et consolider la banque d'experts, d'ici 2008, de concert avec les partenaires concernés, et consolider l'apport d'experts selon les besoins.	Pleinement atteint

Axe 3.3 Organisation du travail

Objectif	Degré d'atteinte
Objectif 3.3.1 Évaluer et revoir, le cas échéant, d'ici 2009, les processus de travail selon des paramètres d'urgence, de besoin ou de délai imparti, et ce, tant sur le plan de l'évaluation, de l'analyse, du suivi que sur le plan de l'intervention.	Pleinement atteint

LA PRÉSENTATION DÉTAILLÉE DES RÉSULTATS

La sous-section suivante présente, pour chacun des objectifs, les indicateurs retenus et une interprétation sommaire.

Objectif 1.1.1 Adapter, à compter de 2007, le processus d'évaluation relatif à la confection des listes de médicaments afin de tenir compte des dimensions thérapeutique, clinique, économique, sanitaire et sociétale	
Indicateurs	Résultats
Indicateur 1 : l'application de l'ensemble des critères prévus à l'article 57.1 de la Loi sur l'assurance médicaments dans les recommandations formulées au ministre	En vigueur depuis la mise à jour de la *Liste de médicaments* du 1er février 2008.
Indicateur 2 : le respect des échéanciers relatifs à la mise à jour des listes de médicaments établis par le ministre de la Santé et des Services sociaux	• Respect des mises à jour régulières des listes demandées par le ministre : juin 2010, octobre 2010 (modification à la 29e édition) et février 2011. • Mise à jour en avril 2010 pour les produits dont la demande de hausse de prix était conforme aux balises établies. • Envoi de 6 avis au ministre découlant d'évaluations prioritaires portant sur 23 médicaments ou indications thérapeutiques dont l'entrée en vigueur était prévue pour l'année 2010-2011. • Transmission au ministre d'un avis pour les hausses de prix (hors balises) lors de la mise à jour de juin 2010. • Transmission au ministre de 3 avis spéciaux : - recommandations du Conseil concernant les médicaments utilisés en procréation assistée (août 2010) ; - rapport de surveillance de prix des médicaments génériques (octobre 2010) ; - baisse de prix des médicaments génériques (décembre 2010).
Cet objectif est considéré comme pleinement atteint.	

Des évaluations prioritaires sont effectuées lorsqu'il est considéré que le délai de l'évaluation est susceptible d'amener, pour les malades devant recevoir ce médicament, une progression rapide et irréversible de la maladie pouvant entraîner des préjudices importants et qu'aucune option thérapeutique n'apparaît sur les listes de médicaments. Elles peuvent aussi être effectuées pour des motifs économiques lorsque les économies anticipées d'une inscription de médicament sont supérieures à 200 000 $ par mois d'inscription devancée pour le régime public d'assurance médicaments.

Objectif 1.1.2 Doter le Conseil d'un mécanisme fonctionnel de gestion et de surveillance des prix des médicaments à compter de juin 2007 selon les orientations de la Politique du médicament	
Indicateurs	**Résultats**
Indicateur 1 : la disponibilité de l'information sur les prix des médicaments et leur évolution	• Les prix des médicaments sont affichés dans les listes de médicaments publiées par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). • Pour ce qui est des prix des médicaments ailleurs au Canada, le Conseil les obtenait d'une banque de données provenant d'une firme privée avec laquelle il détient des droits d'utilisation. Cet accès permet notamment de vérifier que le prix offert au régime général d'assurance médicaments est le meilleur prix au Canada pour les régimes publics d'assurance médicaments, comme le stipulent la Politique du médicament et le Règlement sur les conditions de reconnaissance d'un fabricant de médicaments et d'un grossiste en médicaments.
Indicateur 2 : la production d'un bilan de la surveillance et de ses effets	• La gestion et la surveillance des prix des médicaments au cours de l'année 2010-2011 ont été effectuées dans le respect des dispositions de la Politique du médicament entrée en vigueur en février 2007. • Au cours de l'année 2010-2011, 935 demandes de hausse de prix ont été traitées sur un total de 6 369 produits inscrits à la *Liste de médicaments* au 1er février 2011. Ainsi, le Conseil a dû analyser près de 15 % des produits de la *Liste de médicaments* couverts par le régime général d'assurance médicaments et statuer sur leur prix. • Pour les médicaments génériques, un bilan de la surveillance du respect du meilleur prix consenti à tout régime provincial d'assurance médicaments au Canada a été soumis au ministre en octobre 2010. • En décembre 2010, des baisses de prix ont été traitées pour 1 324 produits sur un total de 6 369 produits inscrits à la liste. Ainsi, le Conseil a dû traiter près de 21 % des produits inscrits sur la *Liste de médicaments* couverts par le régime général d'assurance médicaments.
Cet objectif est considéré comme pleinement atteint.	

À la fin de l'automne 2010 (novembre-décembre), l'indice de référence (taux maximal permis) pour l'augmentation des prix à l'intérieur des balises a été connu et transmis aux fabricants. Ces derniers pouvaient alors décider de soumettre, pour certains de leurs produits, une demande de hausse. Pour l'année 2010-2011, les demandes devaient être transmises au Conseil au plus tard le 23 décembre 2009. À la suite de la réception des demandes de hausse, le Conseil a procédé à leur analyse. Lorsque les demandes étaient conformes aux balises de la Politique du médicament, elles étaient acceptées et transmises au ministre pour leur approbation et pour une mise en application au mois d'avril suivant. Puis, le Conseil a réalisé l'analyse des demandes hors balises pour une prise de décision en juin.

Pour l'année 2010, les balises devant être respectées sont les suivantes :

- Le médicament pour lequel une hausse de prix était demandée devait être inscrit à la *Liste de médicaments* depuis au moins deux ans, soit avant le 1er avril 2008.
- L'augmentation maximale permise est celle qui correspond à l'augmentation annuelle de l'indice des prix à la consommation. Pour cette révision, l'augmentation maximale permise était de 0,48 %.
- L'indexation qui n'aurait pas été utilisée au cours de l'une des deux années précédentes pouvait être cumulée. Toutefois, la hausse globale de prix ne pouvait excéder une fois et demie le taux maximal susmentionné, ce qui équivalait donc à un maximum de 0,72 %.
- Une hausse supérieure à celle définie précédemment était permise, de façon très exceptionnelle, lorsqu'il s'agissait d'un produit dont le retrait de la liste pouvait entraîner des conséquences graves sur la santé des personnes ou sur le régime général.
- Le fabricant devait offrir au régime public québécois le meilleur prix consenti à tout autre régime provincial d'assurance médicaments au Canada, excepté pour les produits touchés par les mesures de transition à l'égard du respect du meilleur prix au Canada dans le contexte de la baisse de prix des médicaments génériques en Ontario.
- Un fabricant de médicaments innovateurs ne pouvait obtenir une hausse de prix que s'il convenait avec le ministre de la Santé et des Services sociaux d'une entente prévoyant des contributions.
- Le prix des médicaments génériques inscrits à la *Liste de médicaments* était limité à 60 % du prix du médicament innovateur, pour un premier médicament générique, et à 54 %, si plus d'un médicament générique était inscrit à la liste.

Pour l'année 2010-2011, l'application des dispositions de la Politique du médicament en matière de prix s'est effectuée en deux étapes. Au total, des demandes de hausse de prix ont été soumises pour 935 produits.

Dans un premier temps, une hausse de prix a été consentie pour 702 produits, le 21 avril 2010. Elle visait les demandes qui respectaient les balises prévues à la Politique du médicament. Enfin, quatre fabricants n'avaient pas signé l'entente de contribution, un fabricant n'a pas respecté le critère du deux ans et deux fabricants ont demandé des hausses pour des produits qui allaient être retirés à la mise à jour des listes suivante, ce qui rendait 75 demandes de hausse de prix non admissibles.

Dans un deuxième temps, 158 demandes demeurées sous étude pour différents motifs ont été évaluées lors des travaux de la mise à jour du 1er juin 2010 de la *Liste de médicaments*. Une expertise professionnelle approfondie a été nécessaire pour 46 produits, puisque la hausse de prix excédait les taux prescrits. Les décisions prises se répartissent comme suit :

- Une hausse de prix supérieure aux pourcentages consentis a été acceptée de façon exceptionnelle pour 3 produits.
- Une hausse de prix supérieure aux pourcentages consentis a été acceptée avec l'application d'un prix maximal payable pour 31 produits.
- Pour 4 produits ayant déjà un prix maximal payable, une augmentation supérieure aux balises prévues de leur prix de vente garanti a été acceptée et le prix maximal payable a été maintenu.
- Des demandes de hausse pour 7 produits étaient supérieures aux balises, mais comme ces produits étaient assujettis à l'application du prix le plus bas, ces hausses ne sont pas effectives.
- Une hausse de prix conforme aux balises précitées a été accordée pour 17 produits en raison de l'ajustement du prix canadien observé dans les autres régimes publics provinciaux.
- Une demande de hausse de prix a été refusée pour 94 produits en raison du non-respect du meilleur prix canadien.

L'engagement réglementaire du fabricant prévoit que celui-ci doit soumettre au Québec un prix de vente qui n'est pas supérieur « à tout prix de vente consenti par le fabricant pour le même médicament en vertu des autres programmes provinciaux d'assurance de médicaments » (le meilleur prix au Canada). Compte tenu de l'ampleur des baisses de prix survenues à l'été 2010 en Ontario, il a été convenu de mettre en œuvre des mesures de transition pour faciliter l'adaptation des fabricants au nouvel environnement. Les résultats des mesures de transition mises en application en décembre 2010 sont les suivants :

- 1 324 produits ont été touchés directement et 839 indirectement, pour un total de 2 163 produits génériques qui ont vu leur prix diminuer, soit près de 34 % des produits de la *Liste de médicaments*.
- 22 fabricants ont été touchés directement et 12 indirectement, pour un total de 34 fabricants.

Des corrections administratives ont été apportées pour 2 produits inscrits à la *Liste de médicaments* le 21 avril 2010, et ce, à la suite d'erreurs d'écriture.

Durant l'année 2010-2011, il aura fallu gérer le prix maximum payable de 177 produits (ajout, retrait, ajustement).

En ce qui concerne l'année 2011-2012, c'est-à-dire pour les augmentations de prix qui surviendront à compter d'avril 2011, l'indice de référence pour l'augmentation des prix intra balises a été annoncé en décembre 2010 ; il est de 1,27 %. Il est prévu que les activités administratives liées à la surveillance des prix des médicaments déjà inscrits seront transférées à la RAMQ comme le prévoit la Loi sur l'INESSS.

Objectif 1.1.3 Mettre à jour les champs de recherche, d'étude et d'analyse priorisés – privilégiés notamment par la table de concertation du médicament – et porter à au moins cinq par année le nombre de rapports relatifs à ces champs	
Indicateurs	**Résultats**
Indicateur 1 : la présence d'un plan annuel de recherche en lien avec les priorités proposées par la table de concertation du médicament	Le Conseil a remis au ministre, à l'été 2009, son plan d'action en matière d'usage optimal pour les années 2009-2010, 2010-2011 et 2011-2012. Ce plan contient 14 projets d'études et de stratégies liés aux thèmes prioritaires (voir tableau 1) établis par la table de concertation du médicament. Il comprend également d'autres projets, dont ceux inscrits à la Politique du médicament et ceux découlant d'ententes contractuelles de partenariat, qui ont pris fin en 2005.
Indicateur 2 : la production d'un bilan de réalisation (productions et performance)	Un bilan des réalisations a été produit. Le Conseil a atteint partiellement la cible avec trois rapports d'étude ou d'analyse sur cinq à produire au cours de l'année, et ce, malgré les efforts soutenus du personnel et de la direction. Cela peut s'expliquer notamment par le fait que l'année financière s'est terminée exceptionnellement le 18 janvier 2011 avec l'arrivée de l'INESSS. Les trois rapports produits sont en lien avec les thèmes prioritaires.
Cet objectif est considéré comme partiellement atteint.	

En se basant sur les thèmes prioritaires présentés au tableau 1, le Conseil a réalisé trois rapports d'étude ou d'analyse au cours de l'année. Voici un bilan de ces réalisations.

Portrait de l'usage des antidépresseurs chez les adultes assurés par le régime public d'assurance médicaments du Québec

Cette étude descriptive de cohorte rétrospective avait pour objectif principal de dresser un portrait de l'usage des antidépresseurs chez les bénéficiaires du régime public d'assurance médicaments (RPAM) âgés de 18 ans ou plus, sur une période allant du 1er janvier 2005 au 31 décembre 2009. Le rapport de recherche a été présenté à la réunion du 28 septembre du Comité scientifique du suivi et de l'usage optimal (CSSUO) et adopté à la séance du Conseil du 28 octobre 2010.

Le portrait a été publié sur le site Web du Conseil le 18 janvier 2011 et diffusé

auprès des publics cibles.

Étude sur l'usage concomitant des antipsychotiques, volet II : pédiatrie-jeunes adultes

Cette étude rétrospective de cohorte transversale traitait spécifiquement de l'usage des antipsychotiques chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes de moins de 25 ans. Elle avait comme objectif de déterminer la prévalence d'usage d'antipsychotiques, la proportion d'usage de la polythérapie antipsychotique et la description des combinaisons d'antipsychotiques utilisées chez ce groupe d'âge.

L'étude a été publiée sur le site Web du Conseil le 18 janvier 2011 et diffusée auprès des publics cibles.

Adhésion et persistance aux traitements par des hypolipémiants chez les adultes québécois

Cette analyse complémentaire fait suite à l'étude *Suivi de l'usage des hypolipémiants* mise en ligne sur le site Web du Conseil en mars 2010. L'objectif était d'évaluer la persistance et l'adhésion aux traitements par des hypolipémiants pour la même population qui était les adultes couverts par le régime public d'assurance médicaments du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2008.

Un article sur le sujet a été publié dans le numéro de juin 2010 du *CdM Express*.

Tableau 1 : Bref rappel des thèmes prioritaires proposés par la table de concertation révisés en 2009

Thème
1. Antihypertenseurs
2. Antipsychotiques
3. Hypolipémiants
4. Antidépresseurs
5. Polymédication chez les personnes âgées
6. Asthme/Maladie pulmonaire obstructive chronique
7. Antibiotiques
8. Inhibiteurs de la pompe à protons
9. Anti-inflammatoires non stéroïdiens

Objectif 1.2.1 Implanter, à compter de 2008, une veille structurée sur les produits ou les indications en émergence (en précommercialisation ou en postcommercialisation), les coûts, les problèmes d'usage et les enjeux sociaux	
Indicateur	**Résultats**
Indicateur 1 : la présence d'une veille fonctionnelle et intégrée, et l'identification de ses répercussions sur les travaux du Conseil	• Dans un souci d'arrimage, les travaux entamés par le Conseil du médicament et l'AETMIS en ce qui concerne la mise en place d'une structure de veille se sont poursuivis. • Un projet pilote s'est déroulé de mars à août 2010. L'objectif de ce projet était d'établir les approches optimales relativement à la collecte de données pour répondre aux besoins éventuels de l'INESSS, le cas échéant. Un rapport synthèse présentant les conclusions de ce projet ainsi que les recommandations quant à la meilleure stratégie à adopter dans le contexte des futurs besoins de l'INESSS en matière de veille ont été présentés au CSSUO et à la séance du Conseil de novembre 2010. • Le Conseil a participé à l'élaboration d'une communauté de pratique sur la veille, en collaboration avec les responsables de bulletins de veille d'organisations publiques en santé. Les échanges ont porté essentiellement sur la terminologie, sur les définitions et sur tous les aspects de la veille susceptibles d'être explorés.
Cet objectif est considéré comme partiellement atteint.	

Objectif 1.2.2 Accentuer, de concert avec les principaux acteurs concernés, la mise en œuvre de mesures concrètes à l'intention des professionnels de la santé, en déployant au moins deux stratégies en matière d'usage optimal des médicaments par année en appui aux orientations de la Politique du médicament	
Indicateurs	**Résultats**
Indicateur 1 : le nombre de stratégies déployées de concert avec les différents acteurs en réponse aux préoccupations soulevées dans la Politique du médicament	Trois stratégies déployées pour l'année
Indicateur 2 : la production d'un bilan de réalisation des mesures	Voir détails ci-dessous
Grâce à l'ensemble de ces projets, l'objectif est considéré comme pleinement atteint et même dépassé.	

Au cours de l'année 2010-2011, les principales stratégies sur lesquelles le Conseil a porté son action, dans un premier temps, ont été :

- la révision de la deuxième série de guides cliniques en antibiothérapie ;
- la tenue d'ateliers de formation sur l'usage des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) ;
- la diffusion de messages-clés portant sur les AINS et sur les IPP.

En ce qui a trait à la révision de la deuxième série des guides cliniques en antibiothérapie, visant plus précisément le volet hospitalier, elle a commencé à l'automne 2010. Cette mise à jour se fait de concert avec le Programme de gestion thérapeutique des médicaments (PGTM) des centres hospitaliers universitaires et l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES). Sur les sept fiches devant être révisées, trois sont en cours de réalisation et devraient être terminées d'ici la fin de l'année. Ces fiches sont les suivantes : *Antibioprophylaxie de l'endocardite bactérienne, Utilisation des antibiotiques chez les personnes âgées hébergées en établissement de soins de longue durée (SLD)* et *Infections intra-abdominales chez l'adulte*. La mise à jour des quatre fiches restantes est tributaire de la publication des lignes directrices de l'Infectious Diseases Society of America (IDSA).

La collaboration du Conseil avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) s'est poursuivie par le déploiement d'une série d'ateliers qui se sont terminés à l'automne 2010. Ces ateliers, qui s'adressaient aux médecins, aux pharmaciens et aux infirmières praticiennes, présentaient les critères d'usage optimal des IPP élaborés par le Conseil du médicament, modulés sous forme de principes d'usage optimal. Ils ont aussi permis la diffusion de l'algorithme d'utilisation des AINS.

Des projets d'ateliers IPP destinés aux médecins spécialistes ont été reçus de la part de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) et sont présentement en validation.

Finalement, afin d'optimiser la prescription d'AINS et d'IPP, le Conseil a préparé des messages-clés importants à considérer lors du choix de traitement, trois pour ce qui est des AINS et quatre pour les IPP. Ces messages-clés ont fait l'objet d'une diffusion massive auprès de tous les médecins et pharmaciens du Québec en octobre 2010.

Dans un deuxième temps, le Conseil a poursuivi les travaux déjà entamés en vue de la mise en place des trois projets inscrits à la Politique du médicament, à savoir :

- le projet pilote sur le partage de l'intention thérapeutique (PPIT) ;
- la révision de la médication à domicile (RMD) ;
- l'envoi de profils de prescription aux médecins (envoi PP).

Projet pilote sur le partage de l'intention thérapeutique (PPIT)

L'intention thérapeutique (IT) est une information inscrite par le médecin sur l'ordonnance visant à préciser le problème de santé à traiter à l'aide d'un médicament donné. Cette information permet au pharmacien de connaître l'objectif poursuivi par le médecin et ainsi d'adapter son intervention à la situation du patient. Le projet pilote sur l'intention thérapeutique (PPIT) a pour objectifs d'évaluer la faisabilité d'inclure l'intention thérapeutique sur les ordonnances pharmaceutiques et de proposer une stratégie d'implantation. Les résultats attendus permettront de formuler des recommandations pour la systématisation de l'inscription de l'IT sur l'ordonnance, sa saisie par le pharmacien et son éventuelle conservation à la RAMQ.

En 2008, un mandat a été confié à une équipe du centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). Au départ, le projet pilote devait prendre fin en 2010 et comprenait deux volets :

- Volet I : Élaboration d'un protocole de recherche à partir de l'information obtenue par la technique des groupes de discussion avec des professionnels de la santé concernés et des usagers
- Volet II : Étude de faisabilité pour l'implantation d'un processus systématisé et intégré à la pratique médicale et pharmaceutique

Dans le rapport final, livré en février 2011, l'équipe de recherche a choisi de limiter sa contribution à la réalisation du volet I. La faiblesse des données recueillies n'a pas permis l'élaboration d'un protocole de recherche et la réalisation du volet II. Les paramètres proposés dans ce rapport sont l'implantation d'un projet pilote sur le partage de l'intention thérapeutique dans le réseau de la santé et des services sociaux à l'intérieur d'une agence de santé et de services sociaux. Une analyse de pertinence doit être réalisée pour recommander les actions appropriées.

Révision de la médication à domicile (RMD)

La révision de la médication à domicile (RMD) est une approche centrée sur le patient. Son objectif est d'optimiser, pour un patient donné, les avantages de sa thérapie médicamenteuse en permettant aux professionnels de la santé concernés de revoir sa médication.

En 2009-2010, la rédaction du *Cadre de référence pour l'intervention et l'évaluation du projet pilote de la RMD (version préliminaire)* a permis de définir l'intervention clinique et de moduler, en créant des outils et des formulaires standardisés, le type de communication pour le travail en collaboration interprofessionnelle. De plus, les orientations du projet pilote de RMD élaborées

par le comité de pilotage ont été incluses dans le document qui a été par la suite transmis au ministre en mai 2009. Des discussions avec le MSSS devront permettre de voir aux suites à donner à ce projet.

Envoi de profils de prescription (PP)

L'envoi de profils de prescription (PP) est la transmission d'un rapport, de façon confidentielle, au médecin prescripteur sur ses habitudes de prescription. Cet outil lui permettrait de comparer sa pratique avec celle de ses collègues ou avec des recommandations scientifiques. La réflexion se poursuit sur les suites à donner à ce projet dans le cadre des activités de l'INESSS.

Grâce à l'ensemble de ces projets, l'objectif est considéré comme pleinement atteint et même dépassé.

Objectif 1.2.3 Implanter, en 2007, un processus d'évaluation des mesures d'intervention visant à favoriser l'usage optimal des médicaments et évaluer, d'ici 2009, au moins trois mesures

Indicateurs	Résultats
Indicateur 1 : la présence d'un processus d'évaluation	Une première étape dans l'élaboration d'un processus d'évaluation a été posé en mandatant un stagiaire de l'École nationale d'administration publique (ENAP) afin qu'il analyse la situation actuelle et propose des recommandations pour jeter les bases d'un processus d'évaluation cohérent et efficace. Son rapport a été présenté à la Direction scientifique du suivi et de l'usage optimal (DSSUO) en décembre 2010 et pourra servir aux autorités de l'INESSS pour les prochaines étapes de l'élaboration de son processus d'évaluation.
Indicateur 2 : le nombre de mesures évaluées et les résultats de ces évaluations	L'évaluation de la diffusion des guides cliniques en antibiothérapie diffusés en janvier 2005 et novembre 2005 a été finalisée et les résultats sont accessibles sur le site Web du Conseil depuis octobre 2008. Il en est de même pour l'étude rétrospective de cohorte *Transfert d'Advair^MC et de Symbicort^MC à la section des médicaments d'exception : répercussions sur les services de santé d'urgence*, qui est en ligne depuis janvier 2009. Par ailleurs, pour chacun des trois projets visant à favoriser l'usage optimal, inscrits à la Politique du médicament, une étape d'évaluation des résultats a été systématiquement prévue.
Ce sont deux évaluations sur la cible des trois à faire qui ont été réalisées. Cet objectif est donc considéré comme partiellement atteint.	

Objectif 2.1.1 Diffuser de l'information de qualité adaptée aux clientèles cibles et aux partenaires

Indicateurs	Résultats
Indicateur 1 : la présence d'un plan annuel de communication	Le plan de communication pour l'année 2010-2011 a été mis à jour et approuvé à la séance du 17 juin 2010. Il proposait trois objectifs principaux et différents moyens d'y répondre. Ces objectifs sont les suivants : • Volet de la communication interne : - développer et maintenir un réseau de communication afin d'assurer une bonne circulation de l'information ; • Volet de la communication externe : - informer les publics cibles des activités du Conseil ; - accroître et maintenir le rayonnement et la notoriété du Conseil.
Indicateur 2 : la production d'un bilan de réalisation du plan annuel de communication en lien avec la Politique du médicament et avec les priorités de la table de concertation du médicament	Le tableau 2 présente sommairement les principaux moyens de communication retenus et les résultats.
Indicateur 3 : documents à large diffusion hébergés sur le site Web	Tous les documents produits par le Conseil ont été mis en ligne sur le site Web.
Cet objectif est donc considéré comme pleinement atteint.	

Tableau 2 : Bilan du plan annuel de communication pour le volet de la communication externe en date du 18 janvier 2011

VOLET COMMUNICATION EXTERNE OBJECTIF 2 : INFORMER LES PUBLICS CIBLES DES ACTIVITÉS DU CONSEIL		
Objectif spécifique	**Principaux moyens**	**Bilan**
a) Faire connaître le plan de travail du Conseil lors de la confection des listes	Afficher sur le site Web les médicaments pour lesquels le Conseil a reçu une demande d'inscription pour la prochaine mise à jour de la *Liste de médicaments* Produire une manchette et une *CyberCapsule*	Dates de mise en ligne des plans de travail : • Pour la liste de juin 2010 : 29 décembre 2009 • Pour la liste d'octobre 2010 : 5 mai 2010 • Pour la liste de février 2011 : 18 août 2010 pour les génériques et 14 septembre 2010 pour les innovateurs • Pour la liste de juin 2011 : 18 janvier 2011 Une manchette et une *CyberCapsule* ont également été produites à ces dates.
b) Faire connaître les recommandations du Conseil en matière d'inscription	Mettre en ligne sur le site Web les *Capsules CdM* en format HTML et PDF Annoncer la mise en ligne des *Capsules CdM* par une manchette et une *CyberCapsule* Envoyer les *Capsules CdM* aux abonnés Promouvoir les *Capsules CdM* auprès des professionnels de la santé	Dates de publication et d'envoi par courriel aux abonnés des *Capsules CdM* : le 21 avril 2010, le 1er juin 2010, le 30 juin 2010, le 5 août 2010, le 3 septembre 2010 et le 1er octobre 2010. Une manchette et une *CyberCapsule* ont également été produites aux dates de publication des *Capsules CdM*. Cette année, les *Capsules CdM* ont été envoyées uniquement en version électronique par l'entremise d'une infolettre. La page Web qui contient le moteur de recherche des *Capsules CdM* a été consultée 7 653 fois au cours de l'année 2010-2011.
	Préparer des lignes de presse lors de chaque mise à jour de la liste et lorsque jugé nécessaire advenant des questions des journalistes	Des lignes de presse ont été faites pour les listes de juin 2010 et d'octobre 2010.
	Préparer des plans de communication pour faire connaître les recommandations du Conseil	Aucun plan de communication n'a été réalisé cette année en matière d'inscription des médicaments.
c) Faire connaître les thèmes et les travaux du Conseil, notamment en matière de suivi et d'usage optimal des médicaments, auprès des professionnels de la santé et de la population en général	Préparer des positions ou des messages advenant des questions des journalistes	Des lignes de presse portant sur deux études produites en matière de suivi et d'usage optimal des médicaments ont été rédigées : • le volet II de l'étude sur les antipsychotiques • l'étude portant sur l'usage des antidépresseurs
	Diffuser (sur le Web ou en format papier, ou les deux) les études et les travaux réalisés par le Conseil en matière de suivi et d'usage optimal	Cinq projets diffusés : • *Algorithme d'utilisation des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)* • *Messages-clés sur les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)* • *Messages-clés sur les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)* • *Étude sur l'usage concomitant des antipsychotiques – volet II* • *Étude de suivi de l'usage des antidépresseurs*
	Diffuser les projets auprès des publics jugés pertinents	Chacune des études ou des projets listés précédemment a fait l'objet d'un plan de communication et d'une diffusion auprès des publics concernés.
	Publier deux numéros du *CdM Express*	Deux numéros publiés les 1er juin 2010 et 1er novembre 2010.

VOLET COMMUNICATION EXTERNE		
OBJECTIF 2 : INFORMER LES PUBLICS CIBLES DES ACTIVITÉS DU CONSEIL		
Objectif spécifique	Principaux moyens	Bilan
d) Assurer une communication régulière avec les professionnels de la santé	Bonifier le site au quotidien en ajoutant l'information manquante et en améliorant la navigation	Ajout des sections *Accessibilité* et *Emplois*. Création d'une nouvelle infolettre pour les abonnés aux *Capsules CdM*, afin qu'ils les reçoivent uniquement en version électronique.
e) Faire du site Web un outil de référence incontournable	Adapter le site Web en vue de répondre aux exigences des règlements et politiques du gouvernement (standards gouvernementaux)	Ajout de la section *Accessibilité* pour répondre aux standards gouvernementaux en matière d'accessibilité Web. Mise à jour constante de la section *Accès à l'information*.
	Véhiculer l'adresse du site dans toutes les communications du Conseil (papier à lettres, courriels, publications, etc.)	Adresse du site Web véhiculée dans toutes les signatures électroniques des employés et dans toutes les productions. 122 135 visites reçues au 18 janvier 2011.
OBJECTIF 3 : ACCROÎTRE ET MAINTENIR LE RAYONNEMENT ET LA NOTORIÉTÉ DU CONSEIL		
Objectif spécifique	Principaux moyens	Bilan
a) Faire la promotion des outils de soutien à la pratique élaborés par le Conseil	Promouvoir les outils élaborés auprès des clientèles auxquelles ils s'adressent par l'utilisation des médias des organismes professionnels, par l'achat d'espace publicitaire dans les magazines spécialisés, etc.	Articles ou encarts publiés dans les principaux médias spécialisés pour les ateliers sur les inhibiteurs de la pompe à protons et sur les anti-inflammatoires non stéroïdiens du printemps et de l'automne 2010.
b) Être présent sur la scène publique	Coordonner la participation du Conseil à des événements qui regroupent nos publics (salons, colloques, congrès, etc.)	Le Conseil a participé aux événements suivants : • Ateliers IPP-AINS • Symposium francophone de médecine • Journée carrière en santé et en services sociaux de l'Université Laval
	Présenter à la communauté scientifique les résultats des recherches et études du Conseil	Deux présentations par affiche au congrès de l'Association canadienne pour la thérapeutique de la population : • sur les hypolipémiants • sur les ordonnances potentiellement non appropriées Une présentation sur le transfert de connaissances au colloque du Réseau québécois de recherche sur l'usage des médicaments.
	Utiliser davantage les médias (diffusion de communiqués de presse, réaction publique à des sujets qui touchent le médicament, etc.)	Publications de 2 communiqués par le Conseil : • pour la sortie de nouveaux outils sur l'usage des IPP et des AINS • à la suite de l'annonce du ministre de la création d'un groupe de travail en oncologie Réponse à 73 demandes des médias au 18 janvier 2011.
c) Poursuivre et intensifier les liens de partenariat avec les organismes professionnels, du point de vue des communications	Intégrer les outils de communication des ordres et organismes professionnels dans nos plans de communication et de diffusion	Les organismes partenaires ont publié de l'information émanant du Conseil à 5 reprises dans leurs divers moyens de communication.
	Offrir le même service aux organismes professionnels qui demanderont notre collaboration (site Web du Conseil, *CdM Express*, etc.)	Le Conseil a publié des renseignements reçus de la part des partenaires suivants : Commissaire à la santé et au bien-être, RAMQ, FMOQ, FMSQ et MSSS.

Objectif 3.1.1 Compléter, en 2008, la dotation de l'ensemble des postes autorisés en fonction de la planification de la main-d'œuvre	
Indicateur	**Résultats**
Indicateur 1 : le pourcentage des postes autorisés pourvus et l'évolution annuelle	Au 18 janvier 2011, 35 des 39,5 postes réguliers du Conseil étaient occupés, ce qui représente 86 % du total. L'effectif a donc légèrement diminué en comparaison avec l'an passé. Au regard de l'effectif initial autorisé lors de sa création, le Conseil a atteint en 2010-2011 la cible de dotation des 34 postes autorisés initialement. Avec l'ajout des postes liés à la mise en application de la Politique du médicament, le nombre de postes pourvus atteint 35, au 18 janvier 2011, au regard des 39,5 postes autorisés. Le tableau 3 présente la situation depuis 2005.
Cet objectif est donc considéré comme pleinement atteint.	

Tableau 3 : Évolution de l'effectif de 2005 à 2011

Postes occupés au regard de l'effectif autorisé			
Date	Nombre d'employés réguliers	Nombre de postes autorisés	Pourcentage (%)
31 mars 2005	23	34	68
31 mars 2006	25	34	74
31 mars 2007	28	34	82
31 mars 2008	31	35	89
31 mars 2009	37	39,5	94
31 mars 2010	37	39,5	94
18 janvier 2011	35	39,5	86

Objectif 3.1.2 Implanter, d'ici 2010, une approche de gestion des ressources humaines axée sur le développement des compétences et sur l'utilisation de l'ensemble de ses ressources autorisées (ressources humaines et financières)	
Indicateur	**Résultats**
Indicateur 1 : la présence d'un plan et le nombre d'activités de gestion des compétences intégrant des mesures de formation et de transfert d'expertise	Plan en développement Diverses activités de gestion des compétences réalisées en fonction des besoins
Ainsi, au regard de cet objectif, le plan de gestion des ressources humaines basé sur le développement des compétences et l'utilisation de l'ensemble de ses ressources autorisées était en cours de réalisation au moment de la dissolution du Conseil.	

En matière de ressources humaines, voici les activités que le Conseil a déployées :

- la poursuite du recrutement des meilleures ressources disponibles dans une perspective de planification de la main-d'œuvre requise pour soutenir les travaux du Conseil ;
- la poursuite du transfert des connaissances opérationnelles et professionnelles de façon à assurer la relève de toutes les activités courantes de l'organisation en cas d'absence d'un employé, et ce, dans tous les secteurs de l'organisation ;
- les démarches auprès des autorités du ministère en vue d'accroître et de consolider des mesures d'attraction et de rétention des ressources professionnelles les plus compétentes ;
- l'élaboration de profils de compétences en fonction des besoins particuliers ;
- l'élaboration et l'exécution des dispositions d'un programme de formation de pointe ;
- le développement des connaissances par l'encouragement à la participation à des congrès et à des formations spécialisées.

Objectif 3.2.1 Développer et consolider la banque d'experts, d'ici 2008, de concert avec les partenaires concernés, et consolider l'apport d'experts selon les besoins	
Indicateurs	**Résultats**
Indicateur 1 : le nombre d'experts et de champs d'expertise contenus dans la banque	154 experts de 42 champs d'expertise différents
Indicateur 2 : le nombre d'experts consultés, les champs d'expertise de ces experts et l'évolution annuelle	À ce jour, la banque contient les noms de 102 médecins spécialistes, 50 pharmaciens et 77 médecins omnipraticiens, pour un total de 229 experts comparativement à 232 au 31 mars 2010. C'est majoritairement à partir de cette banque que le Conseil requiert les collaborations nécessaires à l'exercice de ses fonctions.
L'objectif est donc pleinement atteint.	

Le Conseil a fait appel, sur une base régulière, à l'expertise de professionnels de la santé, tant en matière d'inscription de médicaments que d'action visant l'usage optimal des médicaments. C'est en 2006 que le Conseil a posé les premiers jalons de la consolidation de sa banque d'experts. Une première démarche a d'abord été entreprise avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec, au printemps 2006, puis avec l'Ordre des pharmaciens du Québec, à l'automne 2006. Les démarches avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec se sont matérialisées en février 2008.

Objectif 3.3.1 Évaluer et revoir, le cas échéant, d'ici 2009, les processus de travail selon des paramètres d'urgence, de besoin ou de délai imparti, et ce, tant sur le plan de l'évaluation, de l'analyse, du suivi que sur celui de l'intervention	
Indicateur	Résultats
Indicateur 1 : la révision des rôles et responsabilités des unités administratives et des comités du Conseil selon la nature des mandats confiés	Devant un nombre croissant de dossiers d'évaluation à traiter et dans un contexte de ressources limitées, la Direction scientifique de l'inscription (DSI) a réalisé, en 2009 et 2010, une démarche d'optimisation de son processus de travail. L'objectif général poursuivi était d'assurer l'efficacité des travaux de la DSI et d'alléger les tâches de nature administrative tout en respectant les valeurs qui guident l'évaluation des médicaments. En réponse, la majorité des recommandations ont été mises en place. Au cours de l'année 2009-2010, le Conseil donnait un mandat à la firme Alia Conseil afin qu'elle évalue la répartition du travail entre les professionnels et le personnel administratif pour réorganiser l'assignation des tâches. Le rapport a été présenté à la réunion de la DSI du 16 février 2010. La Direction a réalisé les travaux requis. De plus, la révision des processus de travail pour le secteur des prix s'est terminée au cours de l'année 2009-2010.
Cet objectif est considéré comme pleinement atteint.	

LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DU MÉDICAMENT

La Politique du médicament a été rendue publique le 1er février 2007. Acteur-clé dans la mise en œuvre de cette politique, le Conseil du médicament a apporté sa contribution aux orientations pour lesquelles il était directement interpellé. Dans ce contexte, le Conseil a notamment collaboré aux orientations suivantes.

Orientations	Actions
2. Choisir les médicaments qui seront inscrits à la liste sur la base des données scientifiques probantes qui démontrent leur valeur thérapeutique. Lorsque cette dernière est démontrée, les autres critères sont pris en considération.	Réalisée depuis 2007-2008
3. Assouplir davantage le processus administratif lié à la confection et à la gestion de la *Liste de médicaments* pour en augmenter l'efficience.	Réalisée depuis 2007-2008
4. Assurer une plus grande transparence du processus et des décisions relatives à l'inscription d'un médicament aux listes de médicaments du RGAM et des établissements de santé.	Réalisée depuis 2007-2008
8. Demander au Conseil de mettre au point un cadre d'évaluation des médicaments commercialisés et utilisés dans le traitement des maladies métaboliques héréditaires rares qui tiendrait compte des particularités de ces maladies et de ces patients.	Démarrage du projet en septembre 2007 Dépôt d'orientations en vue d'un projet de cadre d'évaluation pour adoption éventuelle
11. Instaurer un mécanisme pour permettre l'indexation des prix des médicaments et encadrer la hausse des prix à compter du 18 avril 2007.	Réalisée depuis 2007-2008
13. Encadrer le prix des médicaments génériques dès juin 2007.	Réalisée depuis 2007-2008 et depuis 2008-2009 pour ce qui est de la normalisation du prix des génériques aux balises de 60 % et de 54 % Poursuite de la surveillance du meilleur prix au Canada Mise en place de mesures de transition à l'égard du respect du meilleur prix au Canada dans le contexte de la baisse de prix des médicaments génériques en Ontario

Orientations	Actions
14. Demander au Conseil d'ajouter aux motifs d'évaluation prioritaire des médicaments un élément qui tienne compte du potentiel significatif d'économies pour le régime public en sus des motifs qu'il utilise déjà.	Réalisée depuis 2007-2008
17. S'assurer que la table de concertation du médicament, placée sous la responsabilité du Conseil du médicament, remplit le mandat que lui confère la Loi sur l'assurance médicaments afin qu'elle devienne le forum privilégié en matière d'usage optimal des médicaments.	La table de concertation du médicament a complété sa quatrième année d'activité. Le bilan de ses activités est présenté à la page 58
18. Demander au Conseil de mettre en place des moyens en vue de favoriser l'usage optimal des médicaments, comme la révision de la médication à domicile, la transmission de l'intention thérapeutique et l'envoi du profil de prescription.	Poursuite des trois projets (voir l'état d'avancement de ces projets présenté à la page 49, objectif 1.2.2)
21. Mettre en place différentes mesures de sensibilisation et d'information sur l'usage optimal des médicaments, mesures adaptées et accessibles aux citoyens, afin de favoriser l'adoption et le maintien d'un comportement responsable au regard de leur santé.	Édition (sur le Web, en format papier ou les deux) des études et des travaux réalisés par le Conseil en matière de suivi et d'usage optimal Élaboration et mise en œuvre du plan de communication 2010-2011

L'UTILISATION DES RESSOURCES

LES RESSOURCES HUMAINES

La présente section fait état de l'utilisation des ressources humaines dont disposait le Conseil du médicament en 2010-2011.

Le personnel de la permanence du Conseil du médicament en poste au 18 janvier 2011 se divisait comme suit.

Tableau 4 : Répartition de l'effectif par grands secteurs d'activité

Direction	Réguliers actifs	Occasionnels	Contractuels ou personnel en prêt de service	Total
Direction générale	6	1	1	8
Direction scientifique de l'inscription	17	3	6	25
Direction scientifique du suivi et de l'usage optimal	12	1	1	14
Total	**35**	**5**	**8**	**48**

Ainsi, au 18 janvier 2011, on constate que le Conseil du médicament disposait de 35 personnes occupant un emploi régulier. Puisqu'un certain nombre d'entre elles ne travaillaient pas à plein temps ou ont joint les rangs du Conseil en cours d'année, elles représentaient 31,80 équivalents temps complet (ETC). Cet effectif tient compte de l'effet des aménagements du temps de travail, mais non des heures supplémentaires et de l'investissement des membres du Conseil et des experts associés sur une base régulière ou ponctuelle. L'évolution des équivalents temps complet est présentée plus en détail dans le tableau 3 de la page 54, qui traite de l'objectif stratégique ayant trait à la capacité du Conseil d'assumer pleinement son rôle.

En matière de soutien à la gestion, le Conseil bénéficiait des services administratifs que lui fournissait le MSSS. Ainsi, le Conseil souscrivait aux principes et aux orientations ministériels adoptés centralement, notamment en matière de gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre, de services de santé, de reconnaissance au travail et de programme d'aide aux employés. Les règles et pratiques qui y sont instaurées trouvent aussi leur application au Conseil. Ainsi, des actions dans ces différentes sphères ont été déployées en cours d'année conformément aux orientations gouvernementales et ministérielles, notamment en ce qui concerne les bonis au rendement.

Le personnel régulier et occasionnel du Conseil était nommé en vertu de la Loi sur la fonction publique (L.R.Q., c. F-3.1).

LES RESSOURCES FINANCIÈRES

Les crédits alloués au Conseil du médicament faisaient partie de ceux votés annuellement par l'Assemblée nationale dans le cadre des crédits accordés au MSSS, conformément à la Loi sur l'administration publique (L.R.Q., c. A-6.01).

L'enveloppe budgétaire du Conseil du médicament pour l'année financière 2010-2011 était établie à 6 507 668 $, ce qui représente une hausse de 2,1 % par rapport à l'année financière précédente. Parmi les éléments justifiant cette hausse, il y a principalement l'augmentation du nombre de ressources humaines mises à profit au Conseil. L'augmentation demeure toutefois inférieure au niveau autorisé.

Tableau 5 : Budget de fonctionnement du 1er avril 2010 au 18 janvier 2011

	Biens et services	Rémunération	Total
Allocations budgétaires	1 440 376 $	2 568 339 $	4 008 715 $
Charges encourues	1 440 376 $	2 568 339 $	4 008 715 $
Solde	0 $	0 $	0 $

LES FRAIS DE DÉPLACEMENT, DE FORMATION ET DE PUBLICITÉ

En vertu du projet de loi n° 100, défini comme suit : Loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette, les organismes et ministères devaient appliquer une réduction de 25 % de leurs dépenses en frais de déplacement, de formation et de publicité.

À moins de trois mois de la fin d'un exercice financier complet, la réduction des dépenses au 19 janvier 2011 était largement au-dessus du 25 % exigé par la Loi, à savoir :

- Frais de déplacement (Québec) : 49 %
- Frais de déplacement (hors Québec et hors Canada) : 66 %
- Frais de formation : 57 %
- Publicité et promotion : 62 %

LES RESSOURCES MATÉRIELLES ET INFORMATIONNELLES

Durant l'année 2010-2011, le Conseil a acquis du matériel informatique ainsi que des logiciels spécialisés. Par ailleurs, des améliorations locatives ont été apportées aux bureaux de l'édifice Iberville I. Avec l'acquisition de locaux au 2960, boulevard Laurier, dans l'édifice Iberville III, le Conseil a pu déménager, dès le début d'avril 2010, la Direction scientifique du suivi et de l'usage optimal. Cela lui a permis de réaménager les locaux situés au Iberville I et de récupérer les salles de rencontre.

L'APPORT INDISPENSABLE D'UN LARGE ÉVENTAIL D'EXPERTS

Pour remplir son mandat, le Conseil comptait sur les efforts soutenus de son personnel permanent, mais aussi sur l'apport de nombreux experts issus de divers milieux de la santé et disposant des connaissances et du savoir-faire nécessaires aux travaux à accomplir.

En 2010-2011, 154 experts et collaborateurs ont été associés de façon ponctuelle ou régulière aux travaux du Conseil, en plus des membres du Conseil. Leur apport constituait un atout de premier plan pour la crédibilité scientifique du Conseil et, par conséquent, pour la poursuite de sa mission. Ces experts ont principalement contribué aux travaux menés sous la responsabilité des différents comités ou groupes de travail présentés ci-dessous. Le Conseil leur adresse ses remerciements. Sans leur contribution, ses réalisations ne seraient pas ce qu'elles sont.

LES COMITÉS PERMANENTS

Au total, quatre comités permanents complétaient la structure administrative du Conseil :

- le comité d'éthique et de déontologie ;
- le comité scientifique de l'inscription ;
- le comité scientifique du suivi et de l'usage optimal ;
- la table de concertation du médicament.

Le Comité d'éthique et de déontologie

Le rôle du comité était de traiter des questions courantes relatives à l'application du code et de prendre en charge toute question ou tout mandat en cette matière. Au total, 4 personnes constituaient ce comité. Pour la période allant du 1er avril 2010 au 18 janvier 2011, le comité ne s'est pas réuni étant donné qu'aucune demande ne lui a été adressée.

Le Comité scientifique de l'inscription (CSI)

Placé sous la responsabilité de la directrice de l'inscription, le Comité scientifique de l'inscription comptait, au 18 janvier 2011, sur l'expertise de 12 membres, à laquelle s'ajoutait celle du personnel de la DSI. En plus de l'apport des membres du CSI, les travaux relatifs à l'évaluation des médicaments aux fins d'inscription ont bénéficié, en 2010-2011, de la consultation de plus de 80 experts.

Le Comité scientifique du suivi et de l'usage optimal (CSSUO)

Placé sous la responsabilité de la directrice du suivi et de l'usage optimal, le Comité scientifique du suivi et de l'usage optimal comptait, au 18 janvier 2011, 7 membres auxquels s'ajoutait le personnel de la DSSUO. En plus de l'apport des membres du CSSUO, les travaux relatifs au suivi et à l'usage optimal des médicaments ont bénéficié, en 2010-2011, de celui de plus d'une soixantaine d'experts, auquel s'est ajouté celui des représentants siégeant à la table de concertation du médicament.

La table de concertation du médicament

La table était composée de 10 représentants désignés par les associations et regroupements de professionnels et de l'industrie pharmaceutique et par 5 représentants désignés par le ministre de la Santé et des Services sociaux pour les facultés universitaires de médecine, de pharmacie et de sciences infirmières, ainsi que pour les régimes public et privés d'assurance médicaments.

Par l'entremise de ses sous-groupes de travail, elle a été amenée à collaborer aux travaux qui étaient entrepris par la DSSUO sur des thèmes prioritaires. Elle a aussi participé, dans la mesure des attentes qui lui étaient fixées, aux travaux du Conseil qui lui ont été présentés et a donné son avis sur ceux-ci.

Il est à noter que les activités de la table de concertation du médicament ont pris fin le 19 octobre 2010 avec la venue de l'INESSS. À celle-ci succèdera la table de concertation pour les secteurs de la santé et des services sociaux, sous l'égide de l'INESSS.

LES COMITÉS AD HOC

Selon la nature et la portée des mandats, le Conseil avait recours de façon particulière à des experts disposant de la connaissance et de l'expertise voulues pour appuyer les ressources du Conseil. En 2010-2011, le Conseil du médicament a poursuivi des actions liées à des mandats antérieurs et en a amorcé de nouvelles sur la base de demandes particulières. C'est ainsi que les comités suivants ont travaillé aux mandats confiés et ont soumis le résultat de leur réflexion. Le premier a reçu un mandat particulier du Conseil et les autres, au nombre de 6, ont travaillé à l'initiative des directions scientifiques.

Évaluation des médicaments aux fins d'inscription

En matière d'évaluation des médicaments aux fins d'inscription, quatre comités d'experts ont siégé cette année :

- le comité sur l'évaluation des médicaments en oncologie ;
- le comité sur l'évaluation de la douleur en fibromyalgie ;
- le comité sur l'infertilité masculine ;
- le comité sur l'évaluation et l'utilisation des pansements.

Les recommandations et orientations de ces groupes d'experts ont été déposées au CSI en 2010-2011.

Suivi et usage optimal des médicaments

En matière de suivi et d'usage optimal des médicaments, quatre comités ont siégé cette année. En premier lieu, le comité d'experts pour l'étude des besoins des cliniciens en matière de guides cliniques pour le traitement pharmacologique des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) s'est réuni en octobre 2010 afin de cibler les besoins des cliniciens pour l'élaboration des guides cliniques.

Les trois autres comités avaient pour rôle d'élaborer des guides de pratique clinique. Les voici :

- le comité d'experts pour l'élaboration de guides cliniques pour le traitement pharmacologique des ITSS ;
- le groupe d'experts sur la révision de la deuxième série de guides cliniques en antibiothérapie ;
- le comité d'experts pour l'élaboration d'un guide clinique sur l'usage optimal des antibiotiques en lien avec la résistance bactérienne.

Au total, les comités permanents de décision, de gestion et de concertation ont tenu 27 séances en 2010-2011, sans compter les rencontres des nombreux comités ad hoc ou de travail.

Tableau 6 : Nombre de réunions tenues par les comités et la table de concertation

Comités	Nombre de réunions
Comité d'éthique et de déontologie	0
Comité scientifique de l'inscription	18
Comité scientifique du suivi et de l'usage optimal	7
Table de concertation	2
Total	**27**

LES ENGAGEMENTS ET LES RESPONSABILITÉS

L'ÉTHIQUE ET LA DÉONTOLOGIE

En matière d'éthique, les membres du Conseil étaient assujettis aux principes d'éthique et aux règles de déontologie prévus par la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., c. M-30), au Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics et au Code d'éthique et de déontologie adopté par le Conseil du médicament (voir Annexe 1). Le personnel, quant à lui, est assujetti aux règles d'éthique de la fonction publique, dont le Règlement sur l'éthique et la discipline dans la fonction publique et la Déclaration des valeurs de l'administration publique.

Comme le prévoit leur Code d'éthique et de déontologie, les membres du Conseil devaient produire régulièrement la déclaration de leurs intérêts pour l'exercice financier à venir. Cette déclaration a été produite en janvier et en février 2010 pour l'exercice 2010-2011. Les diverses déclarations ont été analysées par le président du Conseil, qui devait en tenir compte au moment des délibérations. Compte tenu de la dissolution imminente du Conseil, qui était prévue le 18 janvier 2011, aucun exercice n'a été lancé pour 2011-2012.

En outre, aucun manquement du personnel du Conseil aux normes d'éthique et de discipline applicables aux fonctionnaires selon le Règlement sur l'éthique et la discipline dans la fonction publique (L.R.Q., c. F-3.1.1, r.0.3) n'a été rapporté.

Finalement, le Conseil disposait encore, pour l'année 2010-2011, du Comité d'éthique et de déontologie. À la page 58 de ce présent rapport, on traite du rôle et des travaux de ce comité.

L'ACCÈS À L'ÉGALITÉ EN EMPLOI ET LA POLITIQUE GOUVERNEMENTALE POUR L'ÉGALITÉ ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES

Le Conseil du médicament, appuyé par la Direction des services au personnel du MSSS, s'assurait du respect des règles de la fonction publique du Québec en matière d'accès à l'égalité en emploi et d'égalité entre les femmes et les hommes. La reddition de comptes à ces égards, compte tenu des objectifs de ces programmes et de la taille réduite du Conseil, est incluse dans celle du MSSS.

L'ACCÈS À L'INFORMATION ET LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Le Conseil du médicament a diffusé sur son site Web les renseignements prévus à la section III du Règlement sur la diffusion de l'information et sur la protection des renseignements personnels (c. A-2.1, r. 0.2).

En 2010-2011, le Conseil a reçu quatre demandes d'accès à l'information en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q., c. A-2.1). Elles ont été traitées en conformité avec les règles s'appliquant.

Au 18 janvier 2011, il n'y avait aucun dossier en révision devant la Commission d'accès à l'information. À cette date, la responsable en matière d'accès à l'information pour le Conseil était M^me^ Lucie Robitaille, directrice générale et M^me^ Carole Marcotte a été désignée responsable substitut. M. Robert Cloutier a agit à titre de représentant du Conseil auprès du réseau des répondants en matière d'accès à l'information et de protection des renseignements personnels jusqu'en novembre 2010. C'est M^e^ Anne-Marie Fontaine qui a pris sa relève au début du mois de décembre 2010.

L'ACCÈS AUX DOCUMENTS ET AUX SERVICES OFFERTS AU PUBLIC POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES

Le Conseil souscrit à la Politique gouvernementale sur l'accès aux documents et aux services offerts au public pour les personnes handicapées. Bien que, par sa mission, le Conseil n'offre pas de services directs à la population, il aurait répondu par des mesures d'accommodement à toute demande d'une personne handicapée. En 2010-2011, le Conseil a apporté certains correctifs à son site Web de façon à respecter les normes gouvernementales relativement à l'accessibilité d'un site Web pour les personnes handicapées.

L'EMPLOI ET LA QUALITÉ DE LA LANGUE FRANÇAISE DANS L'ADMINISTRATION

Dans leur ensemble, les décisions des membres du Conseil relatives à l'usage de la langue française étaient conformes aux principes de la Charte de la langue française (L.R.Q., c. C-11), de la Politique gouvernementale relative à l'emploi et à la qualité de la langue française dans l'Administration (1996) et de la Politique du MSSS, adoptée en novembre 1999, relative à l'emploi et à la qualité de la langue française. La Politique de communication adoptée par le Conseil en janvier 2007 et mise à jour en mars 2010 réaffirme ces engagements.

Au 18 janvier 2011, la répondante du Conseil auprès de l'Office québécois de la langue française était M^me^ Marie-Josée Pelletier, responsable des communications et du transfert de connaissances au Conseil du médicament.

LE DÉVELOPPEMENT DURABLE

Le Conseil, à l'instar des autres ministères et organismes publics, a rendu public son Plan d'action de développement durable 2009-2013 en mars 2010 et l'a rendu accessible sur son site Web. Il a été conçu de façon à bien respecter la mission et le mandat du Conseil, tout en lui permettant de contribuer à la stratégie gouvernementale.

Le tableau qui suit indique l'état de réalisation des objectifs contenus au Plan d'action au 18 janvier 2011. Il est à noter que dans le contexte de l'éventuelle création de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux dans lequel se trouvait le Conseil, certaines actions ont été retardées et reportées dans l'attente de la mise en place du nouvel organisme et de la publication de son propre plan d'action de développement durable.

Orientation 1 – Informer, sensibiliser, éduquer, innover

Objectif gouvernemental 1
Mieux faire connaître le concept et les principes de développement durable et favoriser le partage des expériences et des compétences en cette matière et l'assimilation des savoirs et savoir-faire qui en facilitent la mise en œuvre.

Objectif organisationnel 1		
Faire connaître à la permanence du Conseil la Loi sur le développement durable, ses 16 principes ainsi que la Stratégie gouvernementale de développement durable.		
Action 1		
Mettre en œuvre des activités contribuant à la réalisation du Plan gouvernemental de sensibilisation et de formation des personnels de l'administration publique.		
Action débutée ☑	Action posée ❑	Action complétée ❑
Indicateurs		
Taux d'employés de la permanence du Conseil du médicament touchés par les activités		
Taux de ceux ayant acquis une connaissance suffisante de la démarche pour la prendre en compte dans leurs activités régulières		
Cibles		
90 % des employés de la permanence touchés d'ici 2011		
50 % des employés ayant acquis une connaissance suffisante de la démarche pour la prendre en compte dans leurs activités régulières d'ici 2013		

Objectif organisationnel 2		
Faire connaître aux membres du Conseil du médicament et aux membres de ses comités permanents la Loi sur le développement durable, ses 16 principes ainsi que la Stratégie gouvernementale de développement durable.		
Action 2		
Informer et sensibiliser les membres du Conseil du médicament et les membres de ses comités permanents en ce qui concerne la démarche gouvernementale de développement.		
Action débutée ☑	Action posée ❑	Action complétée ❑
Indicateur		
Taux des membres du Conseil du médicament et des comités permanents touchés par les activités		
Cible		
75 % des membres du Conseil et des comités permanents touchés d'ici 2011		

Objectif organisationnel 3		
Faire connaître aux partenaires du Conseil du médicament et au public la démarche gouvernementale de développement durable.		
Action 3		
Sensibiliser les partenaires du Conseil du médicament et le public au concept et à la démarche de développement durable.		
Action débutée ☑	Action posée ❑	Action complétée ❑
Indicateur		
Nombre de communications diffusées aux partenaires du Conseil du médicament et au public en général		
Cible		
Deux communications d'ici 2010		

Objectif organisationnel 4		
À compter de 2011, intéresser le personnel de la permanence du Conseil du médicament à la mise en œuvre et à l'élargissement de sa démarche de développement durable.		
Action 4		
Intéresser le personnel de la permanence à la concrétisation de gestes associés à la démarche de développement durable.		
Action débutée ☑	Action posée ❑	Action complétée ❑
Indicateur		
Taux d'employés de la permanence qui se sont intéressés à la démarche		
Cible		
20 % des employés de la permanence intéressés entre 2011 et 2013		

Orientation 2 – Réduire et gérer les risques pour améliorer la santé, la sécurité et l'environnement

Objectif gouvernemental 4
Poursuivre le développement et la promotion d'une culture de la prévention et établir des conditions favorables à la santé, à la sécurité et à l'environnement.

Objectif organisationnel 5		
Contribuer au maintien et à l'amélioration de l'état de santé par la prise en compte des principes de développement durable lors de la rédaction d'avis et de guides.		
Action 5		
Formuler des recommandations dans les avis au ministre et dans les guides produits par le Conseil du médicament, qui prennent en compte les principes de développement durable.		
Action débutée ☑	Action posée ❑	Action complétée ❑
Indicateur		
Taux de recommandations formulées ayant pris en compte les principes de développement durable		
Cibles		
30 % des recommandations formulées d'ici 2011 50 % des recommandations formulées d'ici 2013		

Orientation 3 – Produire et consommer de façon responsable

Objectif gouvernemental 6
Appliquer des mesures de gestion environnementale et une politique d'acquisition écoresponsable au sein des ministères et des organismes gouvernementaux.

Objectif organisationnel 6		
Contribuer à des mesures ou à des activités pour favoriser l'atteinte des objectifs nationaux de gestion environnementale.		
Action 6		
Mettre en œuvre des pratiques et des activités contribuant aux dispositions de la Politique pour un gouvernement écoresponsable.		
Action débutée ☑	Action posée ❑	Action complétée ❑
Indicateur		
Nombre de pratiques		
Cible		
Quatre pratiques d'ici 2013		

Action 7		
Développer le site extranet du Conseil du médicament pour l'ensemble des activités des comités permanents.		
Action débutée ❑	Action posée ❑	Action complétée ❑
Indicateur		
Documents accessibles par l'intermédiaire du site extranet du Conseil		
Cibles		
30 % des documents nécessaires aux réunions d'ici 2011 80 % des documents nécessaires aux réunions d'ici 2013		
Commentaires		
Cette action n'est pas encore commencée.		

L'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé

Reddition de comptes
du 1er avril 2010 au 18 janvier 2011

LA MISSION

En 2009, le mandat de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) a été élargi par décret afin d'y inclure le champ des services sociaux. De plus, à la fonction d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé se sont ajoutées celles de l'élaboration de guides multidisciplinaires de pratique clinique et d'outils d'évaluation de la performance clinique et organisationnelle. Au cours de l'année écoulée, par la poursuite du déploiement de son mandat et de ses fonctions élargis, l'AETMIS entendait contribuer à l'amélioration des soins et des services sociaux et de santé, qui sont parmi les priorités du gouvernement du Québec. Sa mission était ainsi définie :

Promouvoir et soutenir une prise de décision éclairée à l'égard des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux.

LES CHAMPS DE L'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES D'INTERVENTION EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX

Aux fins de l'évaluation telle que pratiquée par l'AETMIS, les technologies et les modes d'intervention en santé et en services sociaux (ETMISSS) incluent tant les innovations que ce qui est déjà implanté et utilisé dans le réseau sociosanitaire. Cela regroupe :

- les interventions médicales, chirurgicales et de services sociaux, les autres techniques de soins, les appareils, les médicaments, les instruments ou tout autre dispositif pouvant intervenir dans la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement, la réadaptation ou les soins palliatifs ;
- les différentes modalités de prestation et d'organisation des soins et services sociaux et de santé ;
- les aides techniques pour les personnes handicapées ;
- les systèmes et processus de soutien assurant l'infrastructure de la production des soins et des services sur les plans technique, informationnel ou organisationnel.

Il est à noter que les produits de l'ETMISSS, en plus de rapports d'évaluation, incluent les guides de pratique clinique et les outils d'évaluation de la performance clinique et organisationnelle.

LA COMPOSITION

Afin d'assurer la qualité scientifique de ses travaux et leur arrimage aux préoccupations des décideurs et professionnels du réseau de la santé et des services sociaux, l'Agence comptait notamment sur son assemblée de membres experts et sur un comité d'orientation.

Les membres de l'Agence

Les membres de l'Agence, au nombre de 15 au maximum, étaient des experts indépendants nommés par décret du gouvernement du Québec, sur la base de leur expertise dans l'un ou l'autre des domaines liés à l'évaluation en santé. De plus, depuis l'inclusion en avril 2009 des services sociaux à la mission de l'Agence, deux experts, issus du secteur des services sociaux, ont siégé comme membres invités avec les membres réguliers. Voici les membres qui composaient l'Agence au 18 janvier 2011.

Membres

Juan Roberto Iglesias
Président de l'Assemblée des membres
Président-directeur général de l'AETMIS

Marie-Dominique Beaulieu
Titulaire de la Chaire Docteur Sadok Besrour en médecine familiale
Professeure titulaire
Faculté de médecine, Université de Montréal
Chercheure
Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Montréal

Sylvie Bernier
Directrice, Organisation des services médicaux et technologiques, MSSS

Serge Dubé
Chirurgien
Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Vice-doyen aux affaires professorales
Faculté de médecine, Université de Montréal

Roger Jacob
Ingénieur et Directeur associé
Gestion des immobilisations et des technologies médicales
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Michel Labrecque
Professeur et chercheur clinicien
Unité de médecine familiale, Hôpital Saint-François d'Assise
Centre hospitalier universitaire de Québec

A.-Robert LeBlanc
Ingénieur et professeur titulaire
Directeur des programmes
Institut de génie biomédical, Université de Montréal
Directeur adjoint à la recherche, au développement et à la valorisation
Centre de recherche de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal

Esther Leclerc
Infirmière
Directrice générale adjointe – affaires cliniques
Hôtel-Dieu du Centre hospitalier universitaire de Montréal

Réginald Nadeau
Cardiologue et chercheur
Centre de recherche de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
Professeur émérite
Faculté de médecine, Université de Montréal
Consultant en cardiologie
Centre universitaire de santé McGill, Institut de recherche clinique de Montréal

Johane Patenaude
Éthicienne et professeure titulaire
Département de chirurgie, Faculté de médecine et des sciences de la santé
Université de Sherbrooke
Chercheure boursière, Fonds de recherche en santé du Québec

Simon Racine
Spécialiste en santé communautaire
Directeur général
Institut universitaire en santé mentale de Québec

Membres invités

Louise Lavergne
Orthophoniste-audiologiste
Directrice générale
Institut de réadaptation en déficience physique de Québec

Jean Toupin
Psychologue et professeur titulaire
Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke

Le comité d'orientation

Forum unique d'échanges, le comité d'orientation était formé de représentants des principaux organismes québécois concernés par l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux. Ses membres avaient pour rôle d'apporter à l'Agence la perspective des divers milieux décisionnels et de favoriser la diffusion des travaux menés par l'AETMIS. Afin de mieux répondre aux exigences de ses nouvelles responsabilités à l'égard du secteur des services sociaux, l'AETMIS avait élargi la composition de son comité d'orientation afin d'y inclure des représentants de l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec et de l'Association des centres jeunesse du Québec. Au 18 janvier 2011, le comité d'orientation était formé de représentants des organismes suivants :

- l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux
- l'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec
- le Collège des médecins du Québec
- les agences de la santé et des services sociaux
- la Conférence des recteurs et des principaux des universités du Québec
- la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
- la Fédération des médecins spécialistes du Québec
- le ministère de la Santé et des Services sociaux
- l'Office des personnes handicapées du Québec
- l'Ordre des ergothérapeutes du Québec
- l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
- l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec
- la Régie de l'assurance maladie du Québec
- l'Institut national de santé publique du Québec
- le Fonds de la recherche en santé du Québec
- l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec
- l'Association des centres jeunesse du Québec

LA REDDITION DE COMPTES

À la fin de l'année 2009-2010, la perspective de la création de l'INESSS a entraîné une nouvelle prolongation du plan stratégique de l'Agence et la formulation de cinq objectifs pour 2010-2011. La poursuite de ces objectifs a permis de contribuer à l'amélioration continue de ses structures, processus et produits, et de déployer ses activités dans ses nouveaux champs d'intervention.

Cependant, l'adoption par l'Assemblée nationale du projet de loi n° 67, en juin 2010, a imposé une teinte particulière à l'ensemble des travaux de l'AETMIS, tournés vers la création de l'INESSS. En outre, l'Agence, de concert avec le Conseil du médicament, s'est consacrée à jeter les bases pour la mise sur pied de l'INESSS, tant du point de vue organisationnel que de celui de l'orientation des travaux scientifiques eux-mêmes. C'est donc dans cet esprit que l'AETMIS a visé l'atteinte de ses objectifs au cours de l'année écoulée.

Rappelons les deux grandes orientations stratégiques qui ont guidé l'ensemble des actions de l'Agence depuis 2004, et dans lesquelles s'inscrivaient les cinq objectifs retenus pour 2010-2011.

Orientation 1 : Assurer une offre et une prestation de services adaptées aux défis du système de santé et de services sociaux et utiles à la prise de décision

Orientation 2 : Exercer un rôle de catalyseur de la culture et de la pratique de l'évaluation dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux

LE SOMMAIRE DES RÉSULTATS

Orientation 1 : Assurer une offre et une prestation de services adaptées aux défis du système de santé et de services sociaux et utiles à la prise de décision

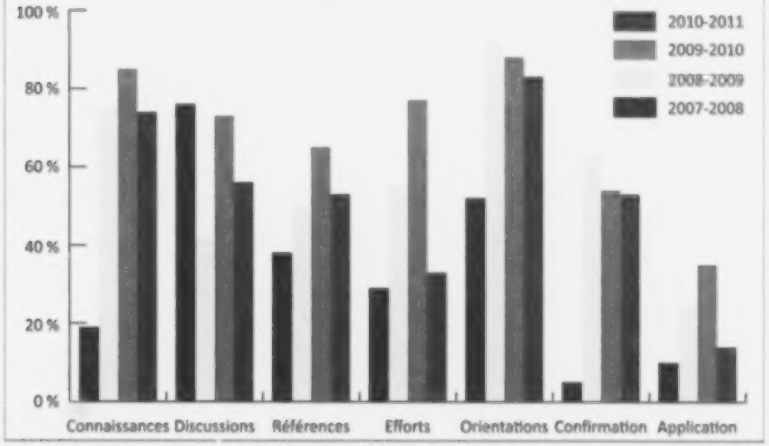
Dans la poursuite de sa première orientation stratégique, quatre objectifs ont été retenus par l'Agence en 2010-2011.

Objectif 1 : Produire, pour 100 % des dossiers publiés, des données sur la satisfaction quant aux produits et services, sur l'utilité perçue des informations produites et sur leur utilisation potentielle, dans la perspective de l'amélioration continue de nos processus

L'AETMIS a effectué de façon systématique un suivi, auprès des requérants des évaluations et des organismes visés par les recommandations, environ six mois après la publication de ses résultats. Les informations recueillies, de nature quantitative et qualitative, ont permis de vérifier l'adéquation des produits avec les demandes initiales et les besoins décisionnels. Elles ont permis également d'alimenter la démarche d'amélioration continue de l'Agence.

Les données recueillies en 2010-2011 ont permis de constater que le taux de satisfaction à l'égard des services, ainsi que le taux d'appréciation des informations produites se sont maintenues au-dessus de 80 % depuis 2008-2009. Cela s'est reflété dans le rôle de multiplicateurs des répondants : depuis 2008-2009, les trois quarts des répondants ont diffusé les rapports dans leurs milieux respectifs.

Alors que la grande majorité des répondants a affirmé avoir trouvé utiles ou très utiles les contenus des rapports, une plus faible utilisation des connaissances que les années précédentes (sauf 2007-2008) a été notée. Il faut préciser que les données ont été recueillies à partir de dossiers menés avant l'implantation en 2010 des actions entreprises pour favoriser une plus grande utilisation des informations produites.



Objectif 1 : Produire, pour 100 % des dossiers publiés, des données sur la satisfaction quant aux produits et services, sur l'utilité perçue des informations produites et sur leur utilisation potentielle, dans la perspective de l'amélioration continue de nos processus

La variabilité des résultats d'une année à l'autre a confirmé l'importance de consolider ces actions mises de l'avant et explicitées dans le rapport annuel de gestion de 2009-2010, soit :

- l'implantation d'un protocole d'entente afin de clarifier les paramètres de réalisation du projet et les responsabilités réciproques de l'AETMIS et du requérant ;
- le suivi soutenu avec le requérant tout au long de la réalisation du projet ;
- un processus de cadrage pour établir la nature et la portée du service offert par l'AETMIS, et l'inclusion de ce cadrage au protocole d'entente avec le requérant ;
- l'élaboration d'un cadre de référence sur la participation des parties prenantes afin de guider les interactions avec les différents acteurs concernés.

Objectif 2 : Préciser, standardiser et rendre publics les processus et politiques qui président à l'ensemble des opérations de l'Agence

L'AETMIS a poursuivi en 2010-2011 son travail de précision et de standardisation de ses processus et politiques. Ce travail s'est effectué dans la perspective de la création de l'INESSS, c'est-à-dire qu'il a visé à informer le conseil d'administration de l'Institut du cadre existant pour les opérations propres à l'Agence et à l'outiller en vue des décisions à prendre quant aux politiques et procédures qui seront celles de l'INESSS. Du 1er avril 2010 au 18 janvier 2011, les documents suivants ont été produits :

- La mobilisation des connaissances : synthèse des réflexions sur les pratiques à l'AETMIS
- Cadre de référence pour la participation des parties prenantes
- Cadre de référence pour la gestion des demandes
- Grille d'assurance qualité
- Cadre de référence méthodologique
- Cartes heuristiques pour la planification des dossiers
- Conception des guides de pratique dans le secteur des services sociaux

Objectif 3 : Consolider les liens d'expertise avec 100 % des groupes d'acteurs concernés par nos fonctions en santé et en services sociaux

Au cours de l'année 2010-2011, l'AETMIS a consolidé les modalités de liaison mises en place auprès des acteurs concernés par ses fonctions en santé et en services sociaux. En particulier, l'Agence a accru ses efforts afin de puiser à l'expertise existante, que ce soit dans le réseau de la santé et des services sociaux, dans la communauté académique ou dans la communauté de l'évaluation des technologies de la santé.

Dans l'ensemble de ses travaux scientifiques, l'Agence a donc resserré les liens avec les acteurs du milieu afin de mobiliser leur expertise, notamment dans la poursuite des travaux suivants :

- les travaux d'un comité consultatif sur les guides de pratique en services sociaux. Le comité réunit l'ensemble des parties concernées par l'élaboration et l'utilisation de guides de pratique dans le secteur des services sociaux ;
- l'élaboration d'un guide multidisciplinaire de pratique sur le traitement de l'obésité pédiatrique. La réalisation de ce guide repose sur la collaboration avec des collègues du Conseil du médicament ainsi que sur la participation d'utilisateurs (parents, médecins et autres professionnels de la santé et des services sociaux), d'experts cliniques, des ordres professionnels concernés et d'autres partenaires ;
- l'élaboration d'indicateurs de qualité au regard de la gestion et de la prévention des maladies chroniques en première ligne. Le processus d'élaboration est fondé notamment sur une large consultation auprès des acteurs du milieu et des utilisateurs de services ;
- l'évaluation des pontages aorto-coronariens. Cette évaluation mobilise un comité scientifique composé d'experts indépendants et un comité exécutif formé de représentants de chacun des centres de chirurgie cardiaque au Québec ;
- le projet ETIAMEST 2. Cette étude terrain est menée en collaboration avec un comité scientifique consultatif formé de méthodologistes et d'experts cliniciens associés à l'organisation de la prise en charge de l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST) ;
- les projets en oncologie, réalisés en collaboration avec la Direction de la lutte contre le cancern devenue depuis la Direction québecoise du cancer, et en appui à celle-ci et au Comité d'évolution des pratiques en oncologie (CEPO) ;
- l'évaluation du continuum de services en traumatologie. L'équipe de traumatologie mène plusieurs projets en lien avec l'ensemble des acteurs de la traumatologie au Québec.

Objectif 3 : Consolider les liens d'expertise avec 100 % des groupes d'acteurs concernés par nos fonctions en santé et en services sociaux

L'Agence a également compté sur l'expertise disponible dans le milieu académique, notamment pour la réalisation d'une évaluation des projets pilotes préhospitaliers, qui a été confiée à une équipe de l'Institut de recherche en santé des populations de l'Université de Montréal (IRSPUM). De plus, l'Agence a poursuivi son travail de liaison auprès du réseau des unités d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé UETMIS, auquel participent activement les établissements suivants :

- Centre universitaire de santé McGill (CUSM)
- Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM)
- Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)
- Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)
- Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
- Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
- Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
- Institut de cardiologie de Montréal
- Consortium pour l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux en première ligne (CETMISSS-PL)
- Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal (IRGLM)
- Institut universitaire en santé mentale de Québec

Par ailleurs, l'Agence poursuivait sa collaboration avec divers organismes et réseaux nationaux et internationaux, notamment :

- la Collaboration Cochrane (pour le secteur de la santé)
- la Collaboration Campbell (pour le secteur des services sociaux)
- le réseau d'échange de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies en santé (ACMTS)
- l'International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA)
- le Health Technology Assessment Intenartional (HTAi)
- le Guidelines International Network (G-I-N)
- l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)

Objectif 4 : Déployer des mécanismes de transfert et d'échange de connaissances auprès de 100 % des publics de l'Agence

L'AETMIS a poursuivi ses efforts afin de consolider ses mécanismes de transfert et d'échange de connaissances auprès de l'ensemble des cliniciens, des gestionnaires et des décideurs des secteurs de la santé et des services sociaux. Les approches de transfert de connaissances déployées par l'Agence ont d'ailleurs fait l'objet d'une analyse approfondie qui a permis de mieux les conceptualiser. Cette étude, intitulée *La mobilisation des connaissances : synthèse des réflexions sur les pratiques à l'AETMIS*, a permis de dégager les caractéristiques de la mobilisation des connaissances dans les travaux de l'Agence, fondée sur la collaboration avec les parties prenantes. Les pratiques de l'AETMIS en la matière sont caractérisées par la mobilisation, à des moments variables dans la réalisation des projets, des acteurs (praticiens, gestionnaires, décideurs, usagers, chercheurs, etc.) et des savoirs (données probantes, savoirs expérientiels, savoir-faire, etc.) nécessaires à la saisie des enjeux soulevés par les questions d'évaluation. Cette mobilisation a permis de créer des alliances afin de faciliter la dissémination et l'appropriation des résultats des travaux de l'Agence par les milieux concernés.

L'ensemble des travaux de l'AETMIS a fait l'objet d'un plan de dissémination adapté en fonction des caractéristiques du projet et des parties prenantes concernées. Si la version imprimée des publications de l'Agence a été distribuée aux principales parties prenantes et demeure offerte aux citoyens qui en font la demande, la diffusion électronique est au cœur de sa stratégie de diffusion. L'ensemble des publications a été mis en ligne sur le site Web de l'AETMIS, de même que les présentations scientifiques du personnel de l'Agence. Cette diffusion électronique a été appuyée par deux infolettres électroniques, *Cybernouvelles*, diffusée auprès de ses abonnés, et *L'e-veilleur*, destinée aux membres de la communauté de pratique des UETMIS.

Comme on pourra le constater à l'Annexe 3, l'AETMIS a continué à investir d'importants efforts dans la communication scientifique auprès des cliniciens, gestionnaires et chercheurs des secteurs de la santé et des services sociaux, au moyen de nombreuses publications et présentations scientifiques de même que par la formation initiale et continue. De plus, l'AETMIS anime le réseau des UETMIS, notamment par l'organisation régulière d'ateliers consacrés aux enjeux de l'ETMIS. Enfin, son président-directeur général présidait la table nationale sectorielle en ETMIS des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS), et des représentants de l'Agence participaient aux tables sectorielles en ETMIS des RUIS de l'Université de Montréal et de l'Université Laval.

Orientation 2 : Exercer un rôle de catalyseur de la culture et de la pratique de l'évaluation dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux

Objectif 5 : Réaliser une action d'envergure pour la promotion de la culture de l'évaluation dans la pratique et la prise de décision dans le secteur des services sociaux

L'AETMIS a organisé, le 30 avril 2010, un premier colloque en services sociaux. Quelque 275 personnes ont assisté à cette journée de réflexion intitulée *Les guides de pratique dans le secteur des services sociaux – Du pourquoi au comment*. Motivée par l'élargissement du mandat de l'Agence au secteur des services sociaux, cette journée se voulait une première occasion de se doter d'une vision commune du rôle et de la pertinence des guides de pratique en services sociaux et de discuter du rôle des données probantes dans leur élaboration. Le vif succès qu'a connu ce premier colloque et les questions fort pertinentes qu'il a laissées en suspens confirment la nécessité de poursuivre, dans le cadre de la mission de l'INESSS, la réflexion avec les acteurs concernés. C'est dans cet esprit que l'AETMIS a entrepris l'organisation d'un second colloque sur la question, initiative poursuivie par l'INESSS. Un comité de travail, regroupant les acteurs du milieu, s'est penché sur les principes et les modalités d'élaboration et d'utilisation de guides de pratique dans le secteur des services sociaux. Le fruit de ses travaux, toujours en cours au moment de la rédaction du présent rapport, est au coeur du programme de la 2e journée de réflexion, qui aura lieu le 29 avril 2011.

Pour poursuivre le déploiement de son mandat en services sociaux, l'AETMIS s'est dotée en 2010 d'une direction scientifique des services sociaux composée d'une directrice scientifique, d'une coordonnatrice et de chercheurs qui travaillaient déjà sur des dossiers d'évaluation. L'Agence a également jeté les bases d'une collaboration avec les établissements universitaires du secteur des services sociaux dans un objectif de développement d'unités d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en services sociaux (UETMISS).

L'UTILISATION DES RESSOURCES

LES RESSOURCES HUMAINES

Au 18 janvier 2011, l'AETMIS comptait 14 postes à temps plein dont 10 comblés, excluant le poste de président-directeur général. Parmi ces postes, un était occupé par une personne en préretraite. Le budget de recherche a aussi permis de bénéficier de l'expertise indispensable d'environ 91 chercheurs consultants et autres collaborateurs spécialisés. Ainsi, en 2010-2011, l'Agence a pu compter sur une capacité de travail totale équivalant à 78 postes à temps plein. L'encadrement des chercheurs était assuré principalement par les directeurs scientifiques. Le PDG était aussi appuyé dans ses responsabilités par la directrice générale et chef des opérations ainsi que par le directeur général adjoint aux relations extérieures, partenariats et réseaux.

La responsable des communications, de l'édition et du transfert de connaissances coordonnait l'équipe qui voit à l'édition des documents, à leur diffusion et au transfert de connaissances. Le coordonnateur administratif et son équipe répondaient aux exigences administratives, financières et logistiques, ainsi qu'aux besoins de gestion du personnel.

LES RESSOURCES FINANCIÈRES

Les activités de l'AETMIS ont été réalisées grâce à un budget de fonctionnement accordé par le MSSS et à un budget de recherche qui est également alloué pour les services de chercheurs consultants et d'autres collaborateurs.

Pour l'année financière 2010-2011, le budget originalement alloué pour le fonctionnement de l'AETMIS a été de 1 639 053 $, auquel budget s'ajoutaient 4 420 827 $ en dépenses de transfert pour la production scientifique de l'AETMIS qui repose sur les services de chercheurs experts.

Le 19 janvier 2011, alors que l'INESSS a succédé au Conseil du médicament et à l'AETMIS en regard des fonctions confiées à l'Institut, les charges de l'AETMIS étaient les suivantes.

Tableau 1 : Budget de fonctionnement du 1er avril 2010 au 18 janvier 2011

	Biens et services	Rémunération	Total
Allocations budgétaires	882 715 $	440 902 $	1 323 617 $
Charges encourues	882 715 $	440 902 $	1 323 617 $
Solde	0 $	0 $	0 $

On remarque que les allocations budgétaires égalent les charges encourues du 1er avril 2010 au 18 janvier 2011. Le MSSS a alors décidé de déterminer ainsi les allocations budgétaires pour la période concernée, laissant à l'INESSS les budgets annuels restant disponibles à cette date.

Concernant les allocations budgétaires pour la recherche qui servent au financement de projets de recherche réguliers et de projets de recherche spéciaux financés distinctement par le MSSS, les données sont les suivantes.

Tableau 2 : Budget de recherche du 1er avril 2010 au 18 janvier 2011

	Projets réguliers	Projets spéciaux	Total
Allocations budgétaires	3 456 321 $	526 945 $	3 983 266 $
Charges encourues	3 456 321 $	559 154 $	4 154 475 $
Solde	0 $	(32 209 $)	(32 209 $)

LES FRAIS DE DÉPLACEMENT, DE FORMATION ET DE PUBLICITÉ

En vertu du projet de loi n° 100, défini comme suit : Loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette, les organismes et ministères devaient appliquer une réduction de 25 % de leurs dépenses en frais de déplacement, de formation et de publicité.

À moins de trois mois de la fin d'un exercice financier complet, la réduction des dépenses au 18 janvier 2011 était de :

- Frais de déplacement : 57 %
- Frais de formation : 92 %
- Publicité et promotion : 14 %

Pour ce qui est de la publicité et de la promotion, la réduction n'a atteint que 14 %, mais cela, considérant que la dépense totale n'a été que de 1 354,64 $.

LES RESSOURCES MATÉRIELLES ET INFORMATIONNELLES

En 2010-2011, l'AETMIS a procédé à la réalisation de deux projets majeurs en matière de ressources informationnelles. Ainsi, le site Web des fonctions évaluatives du Continuum de services en traumatologie (FECST) a été refondu, transféré, et ses fonctionnalités interactives de cueillette et de traitement de données ont été finalisées. Ces développements ont simplifié l'utilisation du site par le personnel des établissements qui contribuent au continuum de services en traumatologie et en ont maximisé les retombées pour l'amélioration de la performance du continuum.

Par ailleurs, afin d'appuyer la tenue de son 2e colloque annuel sur les guides de pratique en services sociaux, l'AETMIS a mis en ligne un site temporaire distinct. Ce site, en plus de promouvoir la participation, a permis l'inscription en ligne des participants et la diffusion des travaux de l'AETMIS sur les guides de pratique en services sociaux et du programme de l'événement. Ces deux projets d'envergure ont été réalisés pour la somme prévue de 73 100 $. Également, l'organisme a procédé à l'acquisition de 25 nouveaux postes informatiques et a fait l'acquisition de locaux au 9e étage du 2021, avenue Union par location.

LES ENGAGEMENTS ET LES RESPONSABILITÉS

L'ACCÈS À L'ÉGALITÉ EN EMPLOI ET LA POLITIQUE GOUVERNEMENTALE POUR L'ÉGALITÉ ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES

L'AETMIS, appuyée par la Direction des services au personnel du MSSS, s'assurait du respect des règles de la fonction publique du Québec en matière d'accès à l'égalité en emploi et d'égalité entre les femmes et les hommes. La reddition de comptes à ces égards, compte tenu des objectifs de ces programmes et de la taille réduite de l'AETMIS, est incluse dans celle du MSSS.

L'ACCÈS À L'INFORMATION ET LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

En 2010-2011, aucune demande d'accès à l'information n'a été déposée auprès de l'AETMIS.

L'EMPLOI ET LA QUALITÉ DE LA LANGUE FRANÇAISE DANS L'ADMINISTRATION

En 2010-2011, l'Agence a vu au respect de la Politique gouvernementale relative à l'emploi de la langue française dans l'Administration. En ce sens, elle a notamment veillé à la révision des textes, rapports, brochures et autres documents qu'elle a produits. De plus, elle a coordonné l'adaptation française d'un glossaire international en évaluation des technologies de la santé.

LE DÉVELOPPEMENT DURABLE

Le Plan d'action en matière de développement durable de l'AETMIS couvrait la période 2008-2010. Le déploiement des nouvelles fonctions de l'AETMIS et la création de l'INESSS ayant mobilisé les efforts de tout le personnel, il a été jugé opportun de reporter la production d'un nouveau plan d'action, et ce, une fois la nouvelle organisation en place. Toutefois, toutes les nouvelles pratiques implantées à partir du plan d'action 2008-2010 ont été poursuivies.

Annexes

ANNEXE 1
CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES MEMBRES DU CONSEIL DU MÉDICAMENT

ADOPTÉ LE 29 AVRIL 2003
MODIFICATIONS ADOPTÉES LE 11 NOVEMBRE 2003

CHAPITRE I
OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

1. Le présent code d'éthique et de déontologie a pour objet de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration publique et de favoriser la transparence au sein du Conseil du médicament.

2. Le présent code d'éthique et de déontologie s'applique aux membres du Conseil du médicament et au secrétaire, lequel est assimilé à un membre du Conseil aux fins du présent code.

CHAPITRE II
PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES GÉNÉRALES DE DÉONTOLOGIE

3. La contribution des membres du Conseil à la réalisation de son mandat doit être faite, dans le respect du droit, avec honnêteté, loyauté, prudence, diligence, efficacité, assiduité et équité.

4. Le membre du Conseil est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., c. M-30) et le Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (c. M-30, r.0.1), ainsi que ceux établis dans le présent code d'éthique et de déontologie. En cas de divergence, les règles et les principes les plus exigeants s'appliquent.

   Le membre du Conseil doit, en cas de doute, agir selon l'esprit de ces principes et de ces règles. Il doit de plus organiser ses affaires personnelles de telle sorte qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions.

5. Le membre du Conseil est tenu à la discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions et est tenu, à tout moment, de respecter le caractère confidentiel de l'information ainsi reçue.

   Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre du Conseil lié à un groupe d'intérêts particulier de le consulter à la demande express du Conseil.

6. Le membre du Conseil doit, dans l'exercice de ses fonctions, prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisanes.

7. Le président du Conseil, le directeur général et le secrétaire doivent faire preuve de réserve dans la manifestation publique de leurs opinions politiques.

8. Le membre du Conseil doit éviter de se placer dans une situation de conflit entre son intérêt personnel et les obligations de ses fonctions.

   Il doit dénoncer par écrit au président du Conseil, conformément au formulaire reproduit en annexe, tout intérêt direct ou indirect qu'il a dans un organisme, une entreprise ou une association susceptible de le placer dans une situation de conflit d'intérêts, ainsi que les droits qu'il peut faire valoir contre l'organisme ou l'entreprise, en indiquant, le cas échéant, leur nature et leur valeur.

9. Le directeur général et le secrétaire ne peuvent, sous peine de révocation, avoir un intérêt direct ou indirect dans un organisme, une entreprise ou une association mettant en conflit leur intérêt personnel et celui du Conseil. Toutefois, cette révocation n'a pas lieu si un tel intérêt leur échoit par succession ou donation pourvu qu'ils y renoncent et en disposent avec diligence.

   Les autres membres du Conseil qui ont un intérêt direct ou indirect dans un organisme, une entreprise ou une association qui met en conflit leur intérêt personnel et celui du Conseil doivent, sous peine de révocation, dénoncer par écrit cet intérêt au président et, le cas échéant, s'abstenir de participer à toute délibération et à toute décision portant sur l'organisme, l'entreprise ou l'association dans lequel ils ont cet intérêt. Ils doivent en outre se retirer de la séance pour la durée des délibérations et du vote sur cette question.

   Le présent article n'a toutefois pas pour effet d'empêcher les membres de se prononcer sur des mesures d'application générale relatives aux condi-

tions de travail au sein du Conseil par lesquelles ils seraient aussi visés.

10. Le procès-verbal des réunions du Conseil devra faire état de toute abstention d'un des membres sur les décisions portant sur l'organisme, l'entreprise ou l'association dans lequel il a un intérêt.

11. Le président du Conseil, s'il est en conflit d'intérêts potentiel ou apparent, nomme un autre membre du Conseil pour présider la réunion durant les délibérations et le vote.

12. Le membre du Conseil doit informer le président des projets de recherche auxquels il participe et qui sont liés aux activités du Conseil, et déclarer les subventions obtenues d'un organisme, d'une entreprise ou d'une association en complétant le formulaire reproduit en annexe.

13. Le membre du Conseil ne doit pas confondre les biens du Conseil avec les siens et ne peut les utiliser à son profit ou au profit de tiers.

14. Le membre du Conseil ne peut utiliser à son profit ou au profit de tiers l'information obtenue dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions.

    Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre du Conseil lié à un groupe d'intérêts particulier de le consulter à la demande express du Conseil.

15. Le directeur général et le secrétaire doivent exercer leurs fonctions de façon exclusive, sauf si l'autorité qui les a nommés les nomme ou les désigne aussi à d'autres fonctions. Ils peuvent toutefois, avec le consentement du président, exercer des activités didactiques pour lesquelles ils peuvent être rémunérés et des activités non rémunérées dans des organismes sans but lucratif.

16. Le membre du Conseil ne peut accepter aucun cadeau, marque d'hospitalité ou autre avantage que ceux d'usage et d'une valeur modeste.

    Tout autre cadeau, marque d'hospitalité ou avantage reçu doit être retourné au donateur ou à l'État.

17. Le membre du Conseil ne peut, directement ou indirectement, accorder, solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu pour lui-même ou pour un tiers.

18. Le membre du Conseil doit, dans la prise de ses décisions, éviter de se laisser influencer par des offres d'emploi.

19. Le membre du Conseil qui a cessé d'exercer ses fonctions doit se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus de ses fonctions antérieures au service du Conseil.

20. Le membre du Conseil qui a cessé d'exercer ses fonctions ne doit pas divulguer une information confidentielle qu'il a obtenue ni donner à quiconque des conseils fondés sur de l'information non disponible au public concernant le Conseil, ou un autre organisme ou entreprise avec lequel il avait des rapports directs importants au cours de l'année qui a précédé la fin de son mandat.

    Il lui est interdit, dans l'année qui suit la fin de ses fonctions, d'agir au nom ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle le Conseil est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.

    Les membres du Conseil ne peuvent traiter, dans les circonstances qui sont prévues au deuxième alinéa, avec le membre qui y est visé dans l'année où celui-ci a quitté ses fonctions.

21. Le président du Conseil doit s'assurer du respect des principes d'éthique et des règles de déontologie par les membres du Conseil.

CHAPITRE III
ACTIVITÉS POLITIQUES

22. Le président du Conseil, le directeur général ou le secrétaire qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le secrétaire général du Conseil exécutif.

23. Le président du Conseil ou le directeur général qui veut se porter candidat à une charge publique élective doit se démettre de ses fonctions.

24. Le secrétaire qui veut se porter candidat à la charge de député de l'Assemblée nationale, de député à la Chambre des communes du Canada ou à une autre charge publique élective dont l'exercice sera probablement à temps plein doit demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où il annonce sa candidature.

25. Le secrétaire qui veut se porter candidat à une charge publique élective dont l'exercice sera probablement à temps partiel, mais dont la candidature sera susceptible de l'amener à enfreindre son devoir de réserve, doit demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où il annonce sa candidature.

26. Le secrétaire qui obtient un congé sans rémunération conformément à l'article 24 ou à l'article 25 a le droit de reprendre ses fonctions au plus tard le 30e jour qui suit la date de clôture des mises en candidature, s'il n'est pas candidat, ou, s'il est candidat, au plus tard le 30e jour qui suit la date à laquelle une autre personne est proclamée élue.

27. Le secrétaire qui est élu à une charge publique a droit à un congé non rémunéré pour la durée de son premier mandat électif.

CHAPITRE IV
RÉMUNÉRATION

28. Le membre du Conseil n'a droit, pour l'exercice de ses fonctions, qu'à la seule rémunération reliée à celles-ci.

CHAPITRE V
PROCESSUS DISCIPLINAIRE

29. Aux fins du présent chapitre, l'autorité compétente pour agir est le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif.

30. Le membre du Conseil à qui l'on reproche des manquements à l'éthique ou à la déontologie peut être relevé provisoirement de ses fonctions, avec rémunération, par l'autorité compétente, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave.

31. L'autorité compétente fait part au membre du Conseil des manquements reprochés ainsi que de la sanction qui peut lui être imposée et l'informe qu'il peut, dans les sept jours, lui fournir ses observations et, s'il le demande, être entendu à ce sujet.

32. Sur conclusion que le membre du Conseil a contrevenu à la loi, au Règlement ou au Code d'éthique et de déontologie, une sanction est imposée conformément à l'article 40 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics.

33. La sanction qui peut être imposée au membre du Conseil est la réprimande, la suspension sans rémunération d'une durée maximale de trois mois ou la révocation.

34. Toute sanction imposée à un membre du Conseil, de même que la décision de le relever provisoirement de ses fonctions, doit être écrite et motivée.

Le Code d'éthique et de déontologie des membres du Conseil du médicament et le formulaire d'information sur les conflits d'intérêts potentiels ou apparents ci-annexé, en vigueur depuis le 29 avril 2003, ont été modifiés lors de la réunion du 11 novembre 2003.

Les présentes modifications sont entrées en vigueur à compter du 11 novembre 2003.

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS

A) INTÉRÊTS GÉNÉRAUX (ARTICLE 8 DU CODE)

1. Fonctions que j'exerce ou intérêts que je détiens dans les entreprises, associations ou organismes suivants :

Identification Nom de l'entreprise ou de l'association	Fonction	Créancier	Nature de l'intérêt Actionnaire, détenteur de parts ou propriétaire	Autre	Quantité et valeur de l'intérêt

2. Au meilleur de ma connaissance, la liste des organismes, entreprises ou associations à l'égard desquelles mon employeur, un proche*, un de mes enfants mineurs ou la personne morale, la société, ou autre entreprise dont je suis propriétaire, actionnaire, administrateur ou dirigeant exerce des fonctions ou détient des intérêts (Indiquer « aucun intérêt ou fonction » s'il n'y en a pas) :

* On entend par « proche » un membre de la famille immédiate ou une personne avec laquelle le membre du Conseil du médicament est en relation personnelle.

Identification Nom de l'entreprise ou de l'association	Fonction	Créancier	Nature de l'intérêt Actionnaire, détenteur de parts ou propriétaire	Autre	Quantité et valeur de l'intérêt

B) PROJETS DE RECHERCHE (ARTICLE 12 DU CODE)
(Indiquer « aucune subvention » s'il n'y en a pas)

Identification du projet	Organisme, entreprise ou association subventionnaire	Montant de la subvention

ANNEXE 2
CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES MEMBRES DE L'AGENCE D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES D'INTERVENTION EN SANTÉ

ADOPTÉ LE 31 JANVIER 2003

OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

1. Conformément au Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (Décret 824-98 du 17 juin 1998[1]), le présent code établit les principes d'éthique et les règles de déontologie des administrateurs publics membres de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé du Québec.

2. Sont administrateurs publics membres de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé les membres réguliers nommés par décret gouvernemental ainsi que le président-directeur général.

[1] Édicté en vertu de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (LRQ, c. M-30).

PRINCIPES D'ÉTHIQUE

3. Les membres de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, ci-après appelé les membres, sont nommés ou désignés pour conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux sur toute question relative à l'évaluation en santé au Québec. À ce titre, les membres sont tenus d'exercer leurs fonctions dans l'intérêt public, en agissant de façon impartiale et objective, comme se doit de le faire toute personne qui participe à la réalisation de la mission de l'État.

4. Les membres, à titre d'administrateurs publics, sont tenus, dans l'exercice de leurs fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par la Loi sur le ministère du Conseil exécutif et le règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics, ainsi que ceux établis dans le présent code d'éthique et de déontologie. En cas de divergence, les principes et les règles les plus exigeants s'appliquent.

5. Les règles de conduite énoncées dans le présent code ne peuvent à elles seules décrire toutes les actions à éviter, ni énumérer toutes les actions à privilégier. Il appartient à chaque membre d'agir avec honnêteté et discernement dans le respect des lois communes, en fondant son comportement sur le principe que ses décisions sont prises dans l'intérêt public.

RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

Rigueur et intégrité

6. Les membres exercent leurs fonctions au meilleur de leurs aptitudes et de leurs connaissances, avec rigueur, assiduité, diligence et intégrité.

Discrétion

7. Les membres sont tenus à la discrétion à l'égard des faits ou des renseignements dont ils prennent connaissance dans le cadre de leurs fonctions et qui revêtent un caractère confidentiel.

8. Les membres invités à représenter officiellement l'Agence doivent obtenir au préalable l'autorisation du président-directeur général.

Neutralité politique

9. Les membres font preuve de neutralité politique dans l'exercice de leurs fonctions.

10. Le président-directeur général, en tant qu'administrateur public à temps plein, fait preuve de réserve dans la manifestation publique de ses opinions politiques.

Activités politiques

11. Le président-directeur général, en tant qu'administrateur public à temps

plein, doit informer les membres avant de présenter sa candidature à une charge publique élective.

12. Le président-directeur général, en tant qu'administrateur public à temps plein dont le mandat est à durée déterminée, doit se démettre de ses fonctions s'il est élu à une charge publique élective et accepte son élection.

Conflits d'intérêts

13. Les membres évitent de se placer dans une situation de conflit réel, potentiel ou apparent, de nature pécuniaire ou morale, entre leurs intérêts personnels et l'intérêt public en vue duquel ils exercent leurs fonctions.

14. Les membres ne peuvent utiliser à leur profit ou au profit de tiers l'information confidentielle, inédite ou privilégiée obtenue dans l'exercice de leurs fonctions, à moins d'y être expressément autorisés par l'assemblée des membres.

15. Pour éviter tout conflit d'intérêts, aucun contrat ni aucune autre forme de contribution financière ne peuvent être accordés dans le but d'obtenir les services des membres, à l'exception de l'allocation ou de la rémunération à laquelle ceux-ci ont droit dans le cadre de leurs fonctions.

16. Les membres doivent s'absenter durant les réunions de l'assemblée au moment où un sujet à l'ordre du jour risque de les placer en situation de conflit d'intérêts.

17. Les membres ne peuvent solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu pour eux-mêmes ou un tiers.

18. Le président-directeur général, en tant qu'administrateur public à temps plein, ne peut, sous peine de révocation, avoir un intérêt direct ou indirect dans une entreprise ou une association dont la nature des activités met en conflit leurs intérêts personnels et les devoirs de ses fonctions.

19. Tout autre membre qui a un intérêt direct ou indirect dans un organisme, une entreprise ou une association qui met en conflit son intérêt personnel et celui de l'Agence doit, sous peine de révocation, déclarer par écrit cet intérêt au président ou à la présidente de l'Agence et, le cas échéant, s'absenter des réunions au moment où un sujet à l'ordre du jour risque de le placer en situation de conflit d'intérêt.

Exclusivité de service

20. Le président-directeur général, en tant qu'administrateur public à temps plein, doit exercer ses fonctions de façon exclusive, sauf si l'autorité qui l'a nommé l'affecte aussi à d'autres fonctions.

21. Le président-directeur général peut, avec le consentement de l'autorité qui l'a nommé, exercer des activités didactiques rémunérées et des activités non rémunérées dans des organismes sans but lucratif.

Après-mandat

22. Il est interdit aux membres, après avoir terminé leur mandat, de divulguer une information confidentielle obtenue dans l'exercice de leurs fonctions antérieures ou d'utiliser à leur profit ou pour un tiers de l'information non accessible au public obtenue dans le cadre de ces fonctions.

Mesures d'application

23. Le président-directeur général de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé est responsable de la mise en œuvre et de l'application du présent code. Il doit s'assurer du respect par tous les membres des principes d'éthique et des règles de déontologie qui y sont énoncés.

24. En cas de manquement aux principes d'éthique et aux règles de déontologie du présent code, l'autorité compétente pour agir est le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif lorsque c'est le président de l'Agence ou l'un de ses membres qui est en cause.

25. Les membres visés par une allégation de manquement aux principes d'éthique et aux règles de déontologie du présent code peuvent être relevés provisoirement de leurs fonctions par l'autorité compétente afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente ou dans un cas présumé de faute grave.

26. L'autorité compétente fait part aux membres du manquement reproché ainsi que de la sanction qui peut leur être imposée et les informe qu'ils peuvent, dans les sept jours, lui fournir leurs observations et, s'ils le demandent, être entendus sur le sujet.

27. Sur conclusion qu'un membre de l'Agence a contrevenu aux principes d'éthique et aux règles de déontologie du présent code, l'autorité compétente lui impose une sanction.

28. La sanction imposée est la réprimande, la révocation ou la suspension sans rémunération d'une durée maximale de trois mois lorsque le membre en cause est administrateur public à temps plein. Toute sanction imposée doit être écrite et motivée.

ANNEXE 3
ACTIVITÉS SCIENTIFIQUES DE L'AETMIS EN 2010-2011

RAPPORTS, NOTES INFORMATIVES, NOTES TECHNIQUES ET AVIS D'ÉVALUATION PUBLIÉS

2010

Dépistage systématique de l'anévrysme de l'aorte abdominale par échographie. Rapport préparé par Brigitte Côté, Jean-Marie R. Lance et Michel Lebrun. ETMIS 2010; 6(1):1-100.

Évaluation du rapport coûts/bénéfices de la prévention et du contrôle des infections nosocomiales à SARM dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés. Note informative préparée par Carole Saint-Hilaire avec la collaboration de Geneviève Martin. NI-2010-02:1-33.

Le syndrome de fatigue chronique – État des connaissances et évaluation des modes d'intervention au Québec. Rapport préparé par Guylaine Rouleau, Ugo Ceppi, Vibe Hjelholt Pedersen et Pierre Dagenais. ETMIS 2010; 6(2):1-217.

Efficacité, innocuité et modalités d'utilisation du jeûne modifié aux protéines – Revue de la littérature. Rapport préparé par Raymonde M.-H. Mayot. ETMIS 2010; 6(3):1-90.

Y a-t-il une place pour l'oxygénothérapie à domicile dans la prise en charge de l'apnée obstructive du sommeil ? Rapport préparé par Christine Lobè. ETMIS 2010; 6(4):1-64.

La protonthérapie. Note informative préparée par Jean-Marie R. Lance. NI-2010-03:1-30.

Couvertures et vestes lestées : sécurité, efficacité et enjeux de leur utilisation dans différents cadres d'intervention. Rapport préparé par Sylvie Beauchamp. ETMIS 2010; 6(5):1-75.

Dépistage auditif néonatal. Fiches informatives préparées par François Bergeron, Brigitte Côté, Martine Gendron, Tony Leroux et Jean-Marie R. Lance.

L'évaluation externe de l'organisation et de la prestation des soins en oncologie – Revue des expériences pertinentes pour le processus d'évaluation et de désignation des établissements et des équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer. Rapport préparé par Lorraine Caron, Khalil Moqadem et Gilles Pineau. ETMIS 2010; 6(6):1-152.

2011

Évaluation des projets pilotes préhospitaliers. Rapport préparé par l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal : François Champagne, Michèle Rivard, Lambert Farand, Cynthia Gagnon et Thierno Baldé. Montréal : 1-242.

Traitement du cancer de l'œsophage : revue systématique sur les techniques chirurgicales – Document d'appui destiné au Comité de l'évolution des pratiques en oncologie (CEPO) pour l'élaboration d'un guide de pratique clinique. Rapport préparé par Faïza Boughrassa et Alicia Framarin. ETMIS 2011; 7(1):1-80.

Traitement chirurgical du cancer de l'œsophage : effet du volume d'interventions sur les résultats cliniques – Document d'appui destiné au Comité de l'évolution des pratiques en oncologie (CEPO) pour l'élaboration d'un guide de pratique clinique. Rapport préparé par Faïza Boughrassa et Alicia Framarin. ETMIS 2011; 7(2):1-68.

AVIS NON PUBLIÉS

Visite d'évaluation du Centre d'expertise pour victimes de brûlures graves de l'Ouest du Québec. Rapport d'évaluation préparé par Gilles Bourgeois et Anne-Claire Marcotte, 16 juin 2010.

Visite d'évaluation du Centre d'expertise pour victimes de brûlures graves de l'Est du Québec. Rapport d'évaluation préparé par Gilles Bourgeois et Anne-Claire Marcotte, 5 mai 2010.

Rapport d'analyse de la pertinence du maintien des services de stabilisation médicale dans le réseau de traumatologie. Rapport préparé par Gilles Bourgeois, Jean Lapointe et Mario De Bellefeuille, 15 octobre 2010.

Visite d'évaluation des centres primaires de la région de Charlevoix Hôpital de la Malbaie et Hôpital de Baie-Saint-Paul Région 03. Rapport d'évaluation préparé par Jean Lapointe et Gilles Bourgeois, 24 novembre 2010.

Visite d'évaluation du centre d'expertise pour les victimes de traumatismes par amputation nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence. Rapport d'évaluation préparé par Gilles Bourgeois et Jean Lapointe, 3 décembre 2010.

ARTICLES ET AUTRES PUBLICATIONS

Andermann A, Blancquaert I, **Déry V**. Genetic screening: a conceptual framework for programmes and policy-making. J Health Serv Res Policy 2010; 15(2):90-7.

Archambault PM, Légaré F, Lavoie A, Gagnon MP, **Lapointe J**, St-Jacques S, Poitras J, Aubin K, Croteau S, Pham-Dinh M. Healthcare professionals' intentions to use wiki-based reminders to promote best practices in trauma care: a survey protocol. Implementation Science 2010; 5:45.

Beauchamp S, Duplantie JP, Mercier C, Banken R. Les guides de pratique : un soutien à l'excellence en services sociaux. Le point en administration de la santé et des services sociaux. Hiver 2010-2011; 6(4):67-70.

Beaulieu MD, Pomey MP, Poliquin S, Moutquin JM. Maladies chroniques : des indicateurs de qualité pour la pratique en première ligne au Québec. Le point en administration de la santé et des services sociaux. Hiver 2010-2011; 6(4):34-37.

Côté AM, Von Dadelszen P, **Moutquin JM**, Ardilouze JL, Magee L. Microalbuminuria and the hypertensive disorders of pregnancy. Current Hypertension Review 2010;6(1):8-19.

Déry, V. D'un problème de santé individuel à un mal sociétal : le rôle des hôpitaux promoteurs de la santé dans l'épidémie d'obésité pédiatrique. Dans : F. Alvarez, E. Levy et M. Roy. Pédiatrie et obésité : un conflit entre nature et culture. Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine, coll. « Intervenir », 2010 : 105-148.

Greene-Finestone LS, Berger C, de Groh M, Hanley DA, Hidiroglou N, Sarafin K, **Poliquin S**, Krieger J, Richards JB, Goltzman D; CaMos Research Group. 25-hydroxyvitamin D in Canadian adults: biological, environmental and behavioral correlates. Osteoporos Int. 2010 Aug 21. [Epub ahead of print].

Hailey D, Babidge W, Cameron A, **Davignon LA**. HTA Agencies and decision makers. An INAHTA guidance document. INAHTA, May 2010.

Iglesias JR, Déry V, Robitaille L. L'INESSS et la poursuite de l'excellence clinique. Le point en administration de la santé et des services sociaux. Hiver 2010-2011; 6(4):16-18.

Lambert L, Bogaty P. L'évaluation en cardiologie tertiaire vers l'amélioration et l'optimisation des soins. Le point en administration de la santé et des services sociaux. Hiver 2010-2011; 6(4):64-66

Lambert L, Brown K, Segal E, Brophy J, Rodes-Cabau J, Bogaty P. Association between timeliness of reperfusion therapy and clinical outcomes in ST-elevation myocardial infarction. JAMA. 2010 Jun 2;303(21):2148-55.

Langsetmo L, Hanley DA, Prior JC, Barr SI, Anastassiades T, Towheed T, Goltzman D, Morin S, **Poliquin S**, Kreiger N; CaMos Research Group. Dietary patterns and incident low-trauma fractures in postmenopausal women and men aged ≥50 y: a population-based study. Am J Clin Nutr 2011; 93(1):192-9. Epub 2010 Nov 10.

Mytton OT, Velazquez A, **Banken R**, et coll. Introducing new technology safely. Qual Saf Health Care 2010; 19(Suppl 2):i9-i14.

Naud K, Ouellet A, Brown C, Pasquier JC, **Moutquin JM**. Is sleep disturbed in pregnancy? J Obstet Gynaecol Can 2010; 32(1):28-34.

Pinsonneault L, Renaud J, Mimeault J, Moutquin JM, Déry V. An innovative structural model for the development and adoption of a clinical practice guideline (CPG). Otolaryngol Head Neck Surg July 1, 2010;143(1 Suppl):95.

Pinsonneault L, Lavoie R. Une expérience de mobilisation des connaissances : Le guide de pratique sur le traitement de l'obésité pédiatrique. Le point en administration de la santé et des services sociaux. Automne 2010; 6(3):58-9.

Tessier A, Mayo NE, Cieza A. Content identification of the IWQOL- Lite with the International Classification of Functioning, Disability and Health. Quality Life Research 2010 Nov 9. [Epub ahead of print].

ANNEXE 4
ACTIVITÉS D'ÉVALUATION DES MÉDICAMENTS AUX FINS D'INSCRIPTION ET ACTIVITÉS DE SUIVI ET D'USAGE OPTIMAL DES MÉDICAMENTS EN 2010-2011

Outre son devoir de reddition de comptes exigée en vertu de la Loi sur l'administration publique, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux a produit, à l'instar du Conseil du médicament avant lui, un bilan des activités relatives à l'évaluation des médicaments et à leur usage optimal.

LES ACTIVITÉS RELATIVES À L'ÉVALUATION DES MÉDICAMENTS AUX FINS D'INSCRIPTION

Selon l'article 5, alinéas 8 et 9, de la Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, l'Institut doit faire des recommandations au ministre dans le cadre des mises à jour des listes de médicaments visées à l'article 60 de la Loi sur l'assurance médicaments (L.R.Q., c. A-29.01), à l'article 116 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) et à l'article 150 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (L.R.Q., c. S-5).

Le Conseil du médicament a fait ses recommandations au ministre pour les mises à jour de juin et d'octobre 2010 et de février 2011. Les recommandations relatives aux amendements effectués à partir du 19 janvier 2011 ont été faites par l'INESSS.

Les avis prioritaires

En plus des mises à jour régulières, l'INESSS peut être appelé à présenter des avis spéciaux au ministre.

L'organisme a soumis au ministre 6 avis prioritaires portant sur 23 médicaments ou indications thérapeutiques dont l'entrée en vigueur était prévue pour l'année 2010-2011. Une demande d'inscription peut être évaluée de façon prioritaire si les membres du conseil d'administration considèrent que le délai d'évaluation est susceptible d'entraîner, pour les malades devant recevoir le médicament, une progression rapide et irréversible de la maladie pouvant créer des préjudices, et qu'aucune autre option thérapeutique ne paraît sur la *Liste de médicaments* du RGAM ou sur la *Liste de médicaments – Établissements*. Une demande d'inscription peut également être évaluée de façon prioritaire, pour des motifs économiques, lorsque les économies anticipées d'une inscription de médicament sont supérieures à 200 000 $ par mois d'inscription devancée pour le régime public d'assurance médicaments.

Les évaluations réalisées

Relativement à l'ensemble des avis (mises à jour régulières, avis prioritaires et avis spéciaux), en 2010-2011, l'organisme a évalué 406 dossiers soumis par les fabricants aux fins d'inscription sur les listes de médicaments comparativement à 382 l'année précédente, ce qui correspond à une hausse de plus de 6 %.

Tableau 1 : Dossiers traités et évalués

Évaluations scientifiques	2009-2010	2010-2011	Variation dernière année
CSI/Membres et experts externes	**120**	**145**	**21%**
Permanence	**262**	**261**	**0%**
Nouvelle forme ou nouvelle teneur d'un médicament ou d'un médicament similaire dont la valeur thérapeutique a été démontrée	67	76	13%
Médicaments génériques	195	185	-5%
Total des dossiers évalués	**382**	**406**	**6%**
Dossiers en attente de données additionnelles	23	16	-30%
Total des dossiers traités	405	422	4%

Le Comité scientifique de l'inscription (CSI) a soumis au conseil d'administration un avis sur chacun de ces dossiers. Il est à noter que, pour l'évaluation de 145 d'entre eux, l'organisme a eu recours aux membres ou aux experts externes de ce comité compte tenu, principalement, du caractère particulier des médicaments ou de la nature des indications en cause. Les membres du comité ont traité les autres dossiers sur la base des évaluations produites par la permanence.

Pour chacun des dossiers soumis à l'évaluation peuvent correspondre un ou plusieurs produits selon les différentes formes et teneurs du médicament concerné. Le tableau 2 présente les résultats relatifs aux 688 produits soumis aux fins d'inscription ou encore l'état de leur traitement au 31 mars 2011.

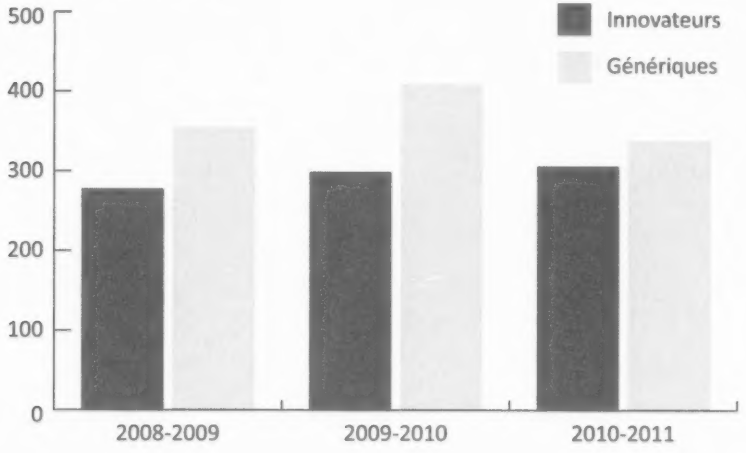
Le tableau 2 montre que, sur les 688 produits considérés pour les mises à jour de la *Liste de médicaments* en 2010-2011, 644 évaluations ou réévaluations ont été effectuées et ont entraîné une recommandation au ministre. Parmi ces médicaments, 306, soit 48%, étaient des innovateurs.

Tableau 2 : Information sur les activités d'évaluation relatives à la mise à jour des listes de médicaments

	Liste - RGAM									Liste - Établissements		
	Médicaments innovateurs			Médicaments génériques			Total			Total		
	08-09	09-10	10-11	08-09	09-10	10-11	08-09	09-10	10-11	08-09	09-10	10-11
Nouveaux produits ou nouvelles indications												
Recommandation d'inscription	123	115	143	343	397	336	466	512	479	382	455	452
Section régulière	48	40	42	319	353	299	367	393	341	313	360	352
Médicament d'exception	67	71	101	24	44	37	91	115	138	60	90	98
Ajout d'un nouveau critère	8	4	-	-	-	-	8	4	-	9	5	2
Recommandation de refus	110	112	137	5	1	1	115	113	138	117	119	137
Valeur thérapeutique	67	75	59	-	-	1	67	75	60	69	78	60
Aspects économique et pharmacoéconomique	43	36	77	5	1	-	48	37	77	48	40	76
Autres	-	1	1	-	-	-	-	1	1	-	1	1
Sous-total	233	227	280	348	398	337	581	625	617	499	574	589
Réévaluations												
Transfert comme médicament d'exception	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-
Transfert à la section régulière	-	-	2	-	-	-	-	-	2	-	-	2
Transfert à la section régulière refusé	2	-	-	-	-	-	2	-	-	2	-	-
Modification des indications reconnues par le Conseil	39	61	18	7	8	1	46	69	19	46	63	18
Acceptée	36	61	13	7	8	1	43	69	14	43	63	13
Refusée	3	-	5	-	-	-	3	-	5	3	-	5
Maintien du statut	4	2	6	-	2	-	4	4	6	4	2	6
Avis de retrait	-	9	-	-	1	-	-	10	-	-	10	-
Sous-total	45	72	26	7	11	1	52	83	27	52	77	26
Nombre total d'évaluations complétées	278	299	306	355	409	338	633	708	644	551	651	615
Autres situations												
Demande retirée par le fabricant	27	1	-	1	1	2	28	2	2	27	2	2
Produit dont l'étude demeurait en cours	49	57	38	-	7	4	49	64	42	50	66	50
Sous-total	76	58	38	1	8	6	77	66	44	77	68	52
Grand total	354	357	344	356	417	344	710	774	688	628	719	667

Le graphique suivant présente, pour chacune des trois dernières années, le nombre respectif de demandes d'évaluation selon qu'il s'agit des médicaments innovateurs ou des médicaments génériques. Veuillez noter qu'au cours de la dernière année, ce sont les médicaments génériques qui ont été plus nombreux à être évalués ou réévalués en comparaison avec les médicaments innovateurs.

Figure 1 : Nombre de médicaments évalués ou réévalués aux fins d'inscription sur la liste du RGAM



Ainsi, en 2010-2011, on observe une baisse du nombre d'inscriptions, à savoir 479 comparativement à 512 l'année précédente. Parmi les 280 produits innovateurs pour lesquels une inscription était demandée, 143 (51 %) nouveaux produits ou nouvelles indications soumis pour évaluation ont été inscrits par le ministre sur la *Liste de médicaments* sur recommandation favorable du Conseil.

Tableau 3 : Sommaire des produits évalués ou réévalués aux fins d'inscription à la liste du RGAM

Nouveaux produits ou nouvelles indications	
Nombre total de produits évalués	617
Nombre total de produits inscrits	479 (78 %)
Médicaments innovateurs	
Nombre de produits évalués	280
Nombre de produits inscrits	143 (51 %)
Si on intègre les médicaments réévalués, le pourcentage de médicaments inscrits au regard des demandes passe de 51 % à 53 %.	
Médicaments génériques	
Nombre de produits évalués	337
Nombre de produits inscrits	336 (99,7 %)
Réévaluations	
Nombre de produits réévalués	27
Autres situations	44
GRAND TOTAL	688

Le ministre a accepté la totalité des recommandations d'inscription de médicaments sur les listes proposées, à l'exception d'une seule pour laquelle il a été convenu de maintenir un produit sous étude jusqu'à l'adoption du cadre d'évaluation des médicaments utilisés dans le traitement des maladies métaboliques héréditaires rares.

L'application du Règlement sur les conditions de reconnaissance d'un fabricant de médicaments et d'un grossiste en médicaments

En 2010-2011, il a été recommandé au ministre de reconnaître 26 nouveaux fabricants de médicaments ayant signé l'engagement prévu par le Règlement sur les conditions de reconnaissance d'un fabricant de médicaments et d'un grossiste en médicaments et qui ont des produits inscrits à la *Liste de médicaments*. Sur les 26 nouveaux fabricants reconnus, 11 l'ont été en raison de l'acquisition des droits de produits déjà inscrits, 9 en raison de l'inscription de nouveaux médicaments à la *Liste de médicaments* et 6 en raison d'un changement de raison sociale. Il a également été recommandé de retirer la reconnaissance à un grossiste qui a cessé ses activités.

La tenue de rencontres avec les fabricants

En 2010-2011, la Direction scientifique de l'inscription (DSI) a tenu 31 rencontres avec les fabricants. Il y a eu, cette année, 4 rencontres exclusives entre la Direction générale et les fabricants. Il y a eu une rencontre d'un fabricant avec le CSI. Le nombre total de rencontres avec les fabricants est donc de 35, comparativement à 45 en 2009-2010. C'est principalement à la demande des fabricants que ces activités se tiennent.

Les activités administratives relatives aux corrections apportées aux listes de médicaments

Lorsque le Conseil est informé d'une baisse de prix d'un médicament, d'un changement du fabricant, du nom ou du numéro d'identification d'un médicament ou d'un changement de sa classe thérapeutique, ou s'il constate que la liste comporte une erreur manifeste d'écriture ou quelque autre erreur purement matérielle, il en avise la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) qui apporte les corrections requises et indique la date d'entrée en vigueur de celles-ci. Cet effet peut rétroagir à la date de la baisse de prix ou à celle de l'entrée en vigueur de la disposition faisant l'objet de la demande de correction.

En 2010-2011, 16 avis de correction ont été acheminés à la RAMQ. Parmi eux, 3 avis concernaient des baisses de prix de médicaments touchant 33 produits et 13 avis concernaient diverses corrections touchant 264 produits. Certaines de ces corrections sont incluses dans les mises à jour régulières des listes demandées par le ministre.

En vertu de l'article 60.1 de la Loi sur l'assurance médicaments, lorsque le Conseil est informé de la rupture de stock d'un médicament inscrit à la liste, il en avise la RAMQ, qui peut autoriser temporairement le recours à un médicament de substitution. Un tel avis de substitution est publié sur le site Web de la RAMQ et entre en vigueur à la date de sa publication ou à toute autre date ultérieure qu'il indique. L'avis peut également rétroagir à la date de la rupture de stock. Si après vérification on constate qu'il n'y a pas de rupture de stock, le Conseil en avise verbalement la RAMQ.

En 2010-2011, 94 avis de rupture de stock touchant 344 médicaments ont été envoyés à la RAMQ. De plus, 66 avis de fin de rupture de stock ont été produits touchant 268 médicaments et 51 fausses ruptures de stock ont été relevées. En date du 19 janvier 2011, 34 avis de rupture de stock touchant 100 médicaments étaient toujours en vigueur.

LES ACTIVITÉS RELATIVES AU SUIVI ET À L'USAGE OPTIMAL

Outre les études, liées ou non aux thèmes prioritaires proposés par la table de concertation du médicament, le Conseil s'est penché sur d'autres projets en matière de suivi et d'usage optimal.

En 2002, le ministre de la Santé et des Services sociaux signait des ententes de partenariat dans le domaine des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) et des coxibs. Ces ententes ont pris fin en 2005 et des recommandations d'affectation des sommes non encore dépensées à des projets ciblés ont été formulées. Le 16 décembre 2008, le Conseil approuvait ces nouvelles recommandations d'affectation et fournissait un soutien logistique et administratif. Le Conseil a notamment :

- fait le suivi du contrat confié à la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) concernant l'élaboration d'ateliers de formation sur l'usage optimal des IPP à l'intention des spécialistes ;
- fait le suivi du contrat avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) pour l'élaboration et la diffusion de 24 ateliers sur les IPP intégrant les nouveaux principes d'usage optimal du Conseil et 24 ateliers sur les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) durant lesquels a été diffusé l'algorithme.

Le tableau suivant présente les projets découlant des ententes de partenariat IPP et coxibs déjà réalisés ou en cours de réalisation.

Tableau 4 : Projets découlant des ententes de partenariat IPP et coxibs déjà réalisés ou en cours de réalisation

	Partenaire	2009-2010	2010-2011
Entente IPP			
Conception d'un atelier interactif de formation relatif à l'utilisation des IPP à l'intention des médecins de diverses spécialités médicales	FMSQ	En cours	•
Diffusion de l'atelier interactif de formation relatif à l'utilisation des IPP à l'intention des médecins de diverses spécialités médicales	FMSQ		•
Diffusion de quatre messages-clés auprès des médecins et des pharmaciens pour optimiser l'usage des IPP au Québec		√	
Diffusion des ateliers de formation IPP auprès des médecins omnipraticiens, des pharmaciens et des infirmières praticiennes	FMOQ	√	
Entente coxibs			
Diffusion de trois messages-clés auprès des médecins et des pharmaciens pour optimiser la prescription des AINS au Québec		√	
Diffusion des ateliers de formation AINS auprès des médecins omnipraticiens, des pharmaciens et des infirmières praticiennes	FMOQ	√	

Légende : √ : réalisé
• : livraison attendue

L'algorithme sur l'usage optimal des AINS, publié sur le site Web du Conseil depuis le 31 mars 2010, a été diffusé en 2010-2011 par l'entremise des ateliers conçus en collaboration avec la FMOQ. Étant donné que l'usage des AINS et des IPP est souvent lié, les ateliers portant sur ces deux classes de médicaments, d'une durée d'une demi-journée chacun, se sont déroulés en quatre journées complètes de formation, réparties également dans les régions de Montréal et de Québec.

En 2011-2012, en ce qui concerne l'entente IPP, il est prévu que l'INESSS travaille à la conception, à la promotion et à la diffusion d'ateliers de formation, destinés aux médecins spécialistes, sur l'usage optimal des IPP pour des conditions particulières (mandat confié à la FMSQ).

Pour ce qui est des autres projets en cours, le tableau suivant présente sommairement leur état d'avancement.

Tableau 5 : Autres actions en matière de suivi et d'usage optimal

Action	État d'avancement
Étude descriptive sur l'usage concomitant des antipsychotiques chez les personnes inscrites au régime public d'assurance médicaments en 2006	Le volet II de cette étude a été rendu public et diffusé en janvier 2011. Le protocole du volet III, portant sur l'usage concomitant des antipsychotiques chez les personnes âgées, a été soumis aux membres du Comité scientifique du suivi et de l'usage optimal (CSSUO) à la réunion de février 2011. Le volet III sera publié au cours de la prochaine année.
Portrait de l'usage des IPP	Le protocole de cette étude a été soumis aux membres du CSSUO à la réunion de février 2011. Le rapport devrait être publié au cours de la prochaine année.
Portrait de l'utilisation des antihypertenseurs chez les adultes assurés par le régime public d'assurance médicaments du Québec	Le protocole de cette étude descriptive de cohorte rétrospective ayant pour objectif général de dresser un portrait de l'usage des antihypertenseurs au Québec et de relever les lacunes du traitement actuel a été présenté aux membres du CSSUO à la réunion de février 2011. L'étude devrait être publiée au cours de la prochaine année.
Évaluation des trois outils pour le traitement des personnes atteintes d'asthme	En 2010, le Comité pour le Consensus canadien sur l'asthme pédiatrique (6 ans et plus) et adulte a effectué une mise à jour de ses recommandations. Actuellement, l'INESSS procède lui aussi à une mise à jour de son outil d'aide à la décision dans le traitement de l'asthme. L'évaluation de l'utilisation du *Plan d'action pour l'asthme* et du *Plan d'action pour les crises d'asthme – Situation d'urgence* s'articule autour de la problématique du transfert de connaissances. Une étude sera réalisée par l'experte qui avait été engagée à l'époque du Conseil pour développer et valider les deux plans d'action. La Dre Francine Ducharme et son équipe ont obtenu une subvention pour la réalisation d'une recherche ayant pour objectif d'identifier les barrières au traitement optimal de l'asthme par les médecins, spécifiquement l'utilisation des outils d'autogestion par les patients.
Évaluation de la pertinence d'élaborer une activité pédagogique en antibiothérapie pédiatrique	Une première conférence téléphonique s'est tenue afin d'entendre les préoccupations, en lien avec l'activité, des partenaires au projet. Des suites seront données en cours d'année.

Action	État d'avancement
Élaboration des guides d'usage optimal pour le traitement pharmacologique des ITSS adaptés à partir du guide de traitement	Un comité d'experts a été formé pour accompagner la permanence de l'INESSS dans l'élaboration des guides d'usage optimal pour le traitement pharmacologique des ITSS. Les activités de ce comité ont débuté en mars 2010 et l'élaboration se fait selon la méthode ADAPTE. Des versions préliminaires des guides seront diffusées à l'été 2011. Une diffusion massive sera ensuite faite à l'automne 2011.
Élaboration d'un guide clinique sur l'usage optimal des antibiotiques en lien avec le développement de la résistance bactérienne	Un comité a été formé afin de participer au processus d'élaboration de ce guide clinique s'adressant aux cliniciens de première ligne. Ce guide s'inscrit dans le processus de révision de la série des sept guides cliniques en antibiothérapie portant sur les conditions fréquemment rencontrées en établissement de santé présentement en cours. La diffusion de ce guide se fera en cours d'année.
Un avis formulé à l'Office des professions en 2010-2011	Cette année, l'Office a transmis une demande au Conseil du médicament, soit sur un projet de modification des annexes du Règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments concernant le transfert du diclofénac topique de l'annexe II vers l'annexe III.
Participation à l'élaboration d'un guide de pratique clinique sur le traitement de l'obésité pédiatrique	L'AETMIS avait reçu le mandat d'élaborer un guide de pratique clinique sur le traitement de l'obésité pédiatrique. Deux professionnelles de la permanence du Conseil ont été assignées à ce projet. L'INESSS, qui a repris le projet, doit réaliser une synthèse des données probantes afin de répondre à une des cinq questions cliniques de ce guide de pratique clinique : Quelle est la place des approches pharmacologiques dans le traitement des adolescents obèses ? Différentes réunions sont tenues sur le sujet à l'heure actuelle. Un état de situation a été présenté à la réunion des membres du CSSUO le 7 décembre 2010. Le rapport sera déposé au ministre au printemps 2011 et la diffusion du guide est prévue pour l'automne 2011.

Action	État d'avancement
Participation au développement d'indicateurs de prise en charge des maladies chroniques	La Direction de l'organisation des services de première lignes intégrés (DOSPLI) du MSSS a demandé la contribution de l'AETMIS, dans le contexte du projet de l'INESSS et de son mandat élargi, pour développer des indicateurs de qualité qui pourraient appuyer les cliniciens et gestionnaires dans leurs efforts d'amélioration continue de la qualité des soins prodigués aux personnes qui présentent des problèmes chroniques de santé. Un professionnel de la permanence du Conseil avait été assigné à ce projet. La contribution de ce professionnel consiste à participer à la synthèse des recommandations des guides de pratique clinique sélectionnés. Ce professionnel collabore également aux diverses réunions liées à l'élaboration des indicateurs. Un plan de développement et un rapport sur le recensement des initiatives menées au Québec et dans d'autres provinces canadiennes en matière de construction d'indicateurs dans le domaine des maladies chroniques au profit des soins de première ligne ont été présentés respectivement en août et novembre 2010. Le rapport d'étude sera déposé au comité scientifique de l'INESSS en décembre 2011.
Développement de la sous-section médicament d'exception avec suivi	Une collaboration DSI-DSSUO a été mise sur pied pour la réalisation de cet objectif prévu à la Politique du médicament. Le processus est en cours et prévoit des discussions avec la RAMQ.

Pour ce qui est des études qui étaient financées par le fonds CdM-FRSQ, plus de détails seront connus au cours de l'année 2011-2012.

ANNEXE 5
RÈGLES DE RÉGIE INTERNE DE L'INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX

SECTION I
SÉANCES DU CONSEIL
DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Le conseil d'administration exerce les droits et assume les obligations qui lui sont dévolus par la Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (L.R.Q., c. I-13.03).

Convocation

1. Toute séance ordinaire ou extraordinaire du conseil d'administration est convoquée à la demande du président.

Formalités et délais de convocation

2. Lorsqu'une séance est convoquée, le secrétaire transmet à chaque membre, à la dernière adresse électronique fournie par le membre, un avis écrit, au moins sept jours avant la date fixée pour la tenue de cette séance. L'avis de convocation d'une séance fait mention du nom des personnes convoquées, de la date, de l'heure et du lieu de cette séance. Il est accompagné de l'ordre du jour et des documents pertinents accessibles au moment de la convocation. En cas d'urgence, la convocation peut être faite par tout autre moyen et le délai n'est alors que de vingt-quatre heures.

Séance extraordinaire

3. Le président est tenu de convoquer une séance extraordinaire du conseil d'administration sur demande écrite de cinq membres, et cette séance doit être tenue dans les cinq jours de la convocation, à moins que les membres ayant requis cette séance en acceptent le report à une date ultérieure. Si le président n'accède pas à cette demande dans les quarante-huit heures de sa réception, ces membres peuvent convoquer eux-mêmes par avis écrit transmis à tous les autres membres du conseil d'administration au moins vingt-quatre heures avant le jour retenu pour cette séance.

Renonciation à l'avis de convocation

4. Un membre peut renoncer à recevoir un avis de convocation relatif à une séance donnée s'il le fait par écrit auprès du secrétaire du conseil d'administration. La présence d'un membre du conseil d'administration à une séance ou partie de séance constitue, de la part de ce membre, une renonciation à l'avis de convocation.

Établissement de l'ordre du jour

5. L'ordre du jour d'une séance ordinaire du conseil d'administration est établi par le président-directeur général et le président et soumis aux membres au début de chaque séance, lesquels peuvent y apporter des modifications avant qu'il ne soit adopté. Au cours d'une séance extraordinaire, seuls les sujets mentionnés dans l'avis de convocation peuvent être discutés, à moins que tous les membres du conseil d'administration en fonction soient présents et qu'ils consentent unanimement à ce qu'un autre sujet y soit traité.

Participation à distance à une séance

6. Les membres peuvent participer à une séance par tous les moyens leur permettant de communiquer oralement entre eux.

Huis clos

7. Le président du conseil d'administration ou deux membres peuvent demander le huis clos sur un point de l'ordre du jour. Lorsque le huis clos est décidé, seuls les membres et le secrétaire peuvent participer à la séance à l'égard de ce point de l'ordre du jour. Le secrétaire ne tient alors qu'un sommaire des délibérations et des résolutions qui en résultent.

Quorum

8. Les séances du conseil d'administration sont présidées par le président et, en l'absence de ce dernier, par le président de l'assemblée désigné par les membres parmi l'un des présidents des comités nommés en vertu de l'article 38 de la Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. Le quorum est constitué de la majorité des membres, dont le président ou le président-directeur général. À défaut d'avoir le quorum prévu après le délai d'attente fixé par le président, la séance n'est pas tenue, à moins que le président ne prolonge ce délai d'attente.

Vote

9. Les décisions du conseil d'administration sont prises à la majorité des voix des membres présents ayant droit de vote. Le vote est donné verbalement. Il peut également avoir lieu par scrutin secret à la demande d'un membre, sauf dans le cas prévu à l'article 6 rendant le vote par scrutin secret impossible. À moins que le scrutin secret ne soit ainsi demandé, la déclaration par

le président qu'une résolution est adoptée à l'unanimité, par une majorité, ou n'est pas adoptée, fait preuve sans autre formalité. Nul ne peut se faire représenter ni exercer son droit de vote par procuration aux séances du conseil d'administration.

Vote prépondérant

10. En cas d'égalité des voix, le président dispose d'un droit de vote prépondérant.

Ajournement

11. Une séance peut être ajournée à un autre moment ou à une date ultérieure et un nouvel avis de convocation n'est pas alors requis. Les membres absents en seront informés.

Procès-verbaux

12. Les procès-verbaux des séances sont approuvés par le conseil d'administration. Ils doivent contenir les informations suivantes : le nom des personnes présentes à la séance, un résumé sommaire des délibérations et l'indication des résolutions adoptées lors de chacune des séances sans mention du nom des membres en lien avec leurs propos, à moins qu'un membre ne demande expressément que soient notés nommément sa dissidence ainsi que les motifs de celle-ci.

SECTION II
DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES

Fonctions du président

13. Dans le cadre des fonctions qui lui sont attribuées par la Loi, le président exerce notamment les fonctions suivantes :

1) il préside les séances du conseil d'administration et voit à leur bon fonctionnement ;
2) il établit l'ordre du jour des séances du conseil d'administration et en ordonne la convocation ;
3) il veille à ce que le conseil d'administration s'acquitte adéquatement de ses fonctions, responsabilités et pouvoirs ;
4) il s'assure du respect des règles de régie interne et des décisions du conseil d'administration ;
5) il voit au respect des principes et des règles contenus dans le Code d'éthique et de déontologie de l'Institut ;
6) il évalue la performance des autres membres du conseil d'administration selon les critères établis par celui-ci et veille à l'évaluation annuelle de son efficacité ;
7) il voit au bon fonctionnement des comités du conseil d'administration ;
8) il peut participer à toute réunion d'un des comités du conseil d'administration ;
9) il assure la liaison entre le conseil d'administration et la direction ;
10) il exerce toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

Fonctions du président-directeur général

14. Le président-directeur général exerce notamment les fonctions suivantes :

1) il est responsable de l'administration et de la direction de l'Institut ;
2) il élabore et soumet au conseil d'administration pour approbation le budget général et le plan d'organisation interne de l'Institut ;
3) il élabore et soumet au conseil d'administration pour approbation le plan stratégique, le plan triennal et annuel d'activités ainsi que le rapport annuel de gestion et le budget annuel.

Fonctions du secrétaire

15. Le secrétaire exerce notamment les fonctions suivantes :

1) il transmet les avis de convocation ;
2) il rédige les procès-verbaux des séances du conseil d'administration et du comité de gouvernance et d'éthique, ainsi que de tout autre comité qui le désigne ainsi ;
3) il certifie les procès-verbaux ; il peut également certifier les extraits des procès-verbaux, les documents et les copies qui émanent du conseil d'administration ou qui font partie de ses archives ;
4) il coordonne les travaux en soutien des activités du conseil d'administration et des comités, incluant la rédaction des procès-verbaux des comités ;
5) il conserve les archives et les documents officiels du conseil d'administration et de ses comités ;
6) il maintient à jour la liste des membres du conseil d'administration et des membres des comités, ainsi que leurs coordonnées ;
7) il remplit toute autre fonction que le président ou le président-directeur général lui assignent.

En cas d'absence du président-directeur général

16. Conformément à l'article 30 de la Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, en cas d'absence ou d'empêchement du président-directeur général, le conseil d'administration peut désigner un membre du personnel de l'Institut pour en exercer les fonctions.

En cas d'absence du secrétaire

17. En cas d'absence du secrétaire, le président-directeur général désigne une autre personne pour le remplacer provisoirement.

Communication

18. Toute communication verbale ou écrite faite au nom de l'Institut dont le contenu est en lien avec les travaux de cet organisme est faite par le président ou le président-directeur général. Tout autre membre doit avoir reçu un mandat officiel par le président ou le président-directeur général afin de faire toute communication de ce type relative aux travaux de l'organisme.

Pouvoir d'instituer des comités

19. Le conseil d'administration doit constituer, en vertu de l'article 38 de la Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, un comité de gouvernance et d'éthique, un comité de vérification ainsi qu'un comité des ressources humaines. Le conseil d'administration peut, en outre, former pour le conseiller, d'autres comités nécessaires pour l'étude de questions particulières.

    Conformément à l'article 10 de la Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, le conseil d'administration approuve également la création de comités scientifiques, leur mandat et la composition de ceux-ci.

SECTION III
COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Constitution des comités

20. Le conseil d'administration doit constituer un comité de gouvernance et d'éthique, un comité de vérification ainsi qu'un comité des ressources humaines. Ces comités doivent être composés d'une majorité de membres indépendants. Le comité de vérification doit idéalement être composé exclusivement de membres indépendants.

Attributions

21. Le conseil d'administration détermine les attributions de ces comités.

Élection des membres du comité

22. Le conseil d'administration procède à une élection tous les deux ans afin de déterminer les membres qui participeront aux différents comités du conseil. Les membres du conseil d'administration peuvent siéger à plus d'un comité et peuvent également cumuler plus d'un mandat au sein d'un même comité.

Le comité de gouvernance et d'éthique

Mandat

23. Sous la responsabilité du conseil d'administration, le comité de gouvernance et d'éthique est mandaté afin d'élaborer des règles et des pratiques de gouvernance et d'éthique dans la conduite des affaires de l'Institut. Ces activités incluent notamment l'évaluation de l'efficacité du conseil d'administration ainsi que des comités et la publicisation du code d'éthique et de déontologie de l'Institut et sa mise en application. Le comité de gouvernance et d'éthique doit de plus, dans l'exercice de son mandat, faire des recommandations au conseil d'administration et lui fournir une expertise spécifique quant à ces questions.

    De façon plus particulière, il élabore les profils de compétences et d'expériences des membres du conseil d'administration à l'exception du président-directeur général.

Composition

24. Le comité de gouvernance et d'éthique est composé de cinq membres du conseil d'administration dont le président et le président-directeur général. Le président assure la présidence du comité. Le secrétaire du conseil d'administration agit à titre de secrétaire du comité et a le statut de membre invité. D'autres personnes peuvent être invitées au besoin. Les membres du comité sont nommés par le conseil d'administration pour une période de deux ans.

Qualifications des membres

25. Le comité de gouvernance et d'éthique doit être composé d'une majorité de membres indépendants. De plus, les membres doivent avoir des préoccupations en matière de gouvernance et d'éthique ainsi qu'une connaissance du fonctionnement des conseils d'administration.

Rencontres du comité

26. Le nombre de rencontres varie selon les besoins et est d'un minimum de trois par année. Le secrétaire du comité a la responsabilité de produire le procès-verbal après chaque rencontre. Ce procès-verbal est déposé au conseil d'administration après approbation par le comité.

Le comité de vérification

Mandat

27. Sous la responsabilité du conseil d'administration, le comité de vérification est mandaté afin d'effectuer la surveillance de l'information financière et de la communication financière, la surveillance générale des activités de vérification interne et externe ainsi que la surveillance du contrôle et de la gestion de risques. Ces activités incluent notamment l'approbation des états financiers, l'étude des résultats de la vérification ainsi que la revue des politiques de gestion des risques. Le comité de vérification doit de plus, dans l'exercice de son mandat, faire des recommandations au conseil d'administration et lui fournir une expertise spécifique quant à ces questions.

Composition

28. Le comité de vérification est composé de trois membres du conseil d'administration. Les membres doivent être majoritairement indépendants et au moins l'un d'entre eux doit posséder des connaissances en matière comptable ou financière ainsi qu'en ce qui a trait à la gestion des risques. Un des membres agit comme président du comité. Le président-directeur général peut désigner une personne qui agit à titre de secrétaire du comité. D'autres personnes peuvent également être invitées au besoin. Les membres du comité sont nommés par le conseil d'administration pour une période de deux ans.

Qualifications des membres

29. Le comité de vérification doit être composé de membres indépendants uniquement. Ceux-ci doivent être familiers avec les enjeux financiers d'une organisation et être habilités à lire et à interpréter des documents financiers. Dans le cadre d'un processus de formation continue, une formation annuelle sera offerte aux membres du comité.

Rencontres du comité

30. Le nombre de rencontres annuelles varie selon les besoins et est d'un minimum de quatre, dont certaines avec les représentants du Vérificateur général du Québec. Le secrétaire du comité, désigné par le président-directeur général, a la responsabilité de produire le procès-verbal après chaque rencontre. Ce procès-verbal est déposé au conseil d'administration après approbation par le comité. Celui-ci planifie son calendrier d'activités en début d'exercice financier.

Le comité des ressources humaines

Mandat

31. Sous la responsabilité du conseil d'administration, le comité des ressources humaines est mandaté afin d'assurer la mise en place des politiques et des stratégies en matière de ressources humaines et de structure organisationnelle. Ces activités incluent notamment de donner son avis au conseil d'administration sur l'évolution des politiques et des stratégies en ces matières, notamment quant au plan d'effectifs, au plan de développement des ressources humaines, au plan de relève de la haute direction, à la planification de main d'œuvre ainsi qu'à la structure de rémunération, des conditions de travail et à la gestion et à l'évaluation du rendement. Le comité est également chargé d'élaborer et de proposer un profil de compétences et d'expérience pour la nomination du président-directeur général, d'élaborer et de proposer des critères d'évaluation du président-directeur général, d'effectuer l'évaluation du président-directeur général et les recommandations quant à la nomination de ce dernier. Le comité des ressources humaines doit enfin, dans l'exercice de son mandat, faire des recommandations au conseil d'administration et lui fournir une expertise spécifique quant à ces questions.

Composition

32. Le comité des ressources humaines est composé de quatre membres du conseil d'administration, dont le président-directeur général. L'un d'entre eux agit comme président du comité. D'autres personnes peuvent également être invitées au besoin. Le président et les membres du comité sont nommés par le conseil d'administration pour une période de deux ans.

Qualifications des membres

33. Les membres doivent être familiers avec les enjeux de gestion des ressources humaines.

Rencontres du comité

34. Le nombre de rencontres annuelles varie selon les besoins ; il est toutefois d'un minimum de trois par année. Le comité planifie lui-même son calendrier d'activités.

    Le secrétaire du comité a la responsabilité de produire le procès-verbal après chaque rencontre. Ce dernier est déposé au conseil d'administration après approbation par le comité.

SECTION IV
DISPOSITION FINALE

Entrée en vigueur

35. Le présent règlement entre en vigueur le 24 février 2011.

Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux
Québec